تطوير استراتيجية تسويقية لتنمية السياحة العلاجية في الأردن

Developing a Marketing Strategy to Promote Tourism For Medical Treatment In Jordan

إعداد الطالب

إياد عبد الفتاح علي النسور

إشراف

الأستاذ الدكتور محمد عصام المصري

قدمت هذه الأطروحة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة
دكتوراه الفلسفة في التسويق

كلية الدراسات الإدارية والمالية العليا
جامعة عمان العربية للدراسات العليا

2006

التفويض

أنا إياد عبد الفتاح علي النسور أفوض جامعة عمان العربية للدراسات العليا بتزويد نسخ من أطروحتي للمكتبات أو المؤسسات أو الهيئات أو الأشـــخاص عنـــد طلبها .

الاسم : إياد عبد الفتاح على النسور

التوقيع :

التاريخ : ١٠ / ٣ / ٢٠٠٧م .

نوقشت هذه الأطروحة وعنوانها

" تطوير استراتيجية تسويقية لتنمية السياحة العلاجية في الاردن "

Developing a Marketing Strategy To Promote Tourism For Medical In Jordan

واجيزت يوم الثلاثاء الموافق 2007/1/9

أعضاء لجنة المناقشة

الأستاذ الدكتور فؤاد الشيخ سالم	رئيسا	التوقيع
الأستاذ الدكتور محمد عصام المصري	مشرفا ، وعضوا	التوقيع
الأستاذ الدكتور ناجي معلا	عضواً	التوقيع
الأستاذ الدكتور هاني الضمور	عضواً	التوقيع

بسم الله الرحمن الرحيم

ن والقلم وما يسطرون

صدق الله العظيم

سورة القلم (1)

شكر وتقدير

أشكر الله سبحانه وتعالى الذي سدد خطاي على طريقه القويم ، وغرس في قلبي حب العلم وألهمني السير على خطى رسوله الكريم ، وهو الذي ناداه ربه من فوق سبع سموات وعلمه ما لم يكن يعلم . القائل : " من لم يشكر الناس ، لم يشكر الله " ، ولهذا فأنا أتقدم بجزيل الشكر والعرفان وعظيم الامتنان لأستاذي ومشرفي الأستاذ الدكتور محمد عصام المصري ، الذي رافقني خلال مسيرة الإعداد وزودني بالصبر والعلم والمعرفة ، ولم يبخل علي في جهد أو علم أو نصيحة ، لإخراج هذا العمل بالصورة المطلوبة . كما أشكر جميع أعضاء لجنة المناقشة على تفضلهم بقبول الدعوة وتحملهم عناء قراءة وتقييم الأطروحة وهم : الأستاذ الدكتور فؤاد الشيخ سالم ، والأستاذ الدكتور ناجي معلا ، والأستاذ الدكتور هاني الضمور .

والشكر للزميل الدكتور أحمد طه على جهده في قراءة وتنقيح الأطروحة من الأخطاء اللغوية العربية ، وكذلك للزملاء الدكتور عاطف محمد ، والدكتور محمد سعيد على جهودهما في تنقيح الأطروحة من الأخطاء اللغوية الإنجليزية أيضاً ، كما لا يفوتني أن أشكر الأستاذ الدكتور شفيق العتوم على مساعدته في التحليل الإحصائي للدراسة . وأشكر جميع الأساتذة الذين قاموا بتحكيم الاستبيان وعلى جهودهم الكبيرة في تقديم النصح والمشورة العلمية .

وأشكر أيضاً كل من ساعدني سواء كان بتزويدي بالبيانات أو بالإرشاد ، وأذكر منهم: الشريفة نوفه الناصر، والدكتور راتب الحناوي مدير مديرية السياحة الطبية العلاجية ، والشكر لشقيقي الغالي وسام النسور على جهده الكبير في متابعة الأطروحة مع الأستاذ المشرف خلال سفري، ولكل من ساعدني على إتمام هذا العمل وأذكر منهم : الدكتور محمد علي النسور، والدكتور راتب البشايرة ، والسادة محمد العجلوني ، وأسامة البشايرة ، والعاملون في المستشفيات الأردنية وأذكر منهم الآنسة رنا الخطيب ، والدكتورة ضياء التجار من مستشفى الباسل في سوريا.

كما أشكر كلاً من عطوفة المحامي سامي النسور ، والعميد فائز السبيني على جهودهما في تسهيل مهمة الباحث لدى الأجهزة الرسمية ، ودورهما في رعاية هذه الأطروحة .

وأخيراً الشكر للآنسة سمر الجباوي على جهودها في طباعة الأطروحة ، وإلى جميع إداريي كلية الدراسات الإدارية والمالية العليا في الجامعة وعلى رأسهم الآنسة تماضر ربابعة .

فأسال الله أن يجزيهم عني خير الجزاء ،،،

الباحث

الإهداء

أهدي هذه الأطروحة إلى

منبع الحب والحنان والعطاء

...... أبي وأمي

كما أهديها إلى بيتي الصغير

...... رفيقة العمر، زوجتي الغالية

...... طفلي وشمعة أملي

إلى روح جدي الطاهرة

.... الحاج علي النسور

أصل الحياة ومنبع الصدق والوفاء

...... وإلى أشقائي وشقيقاتي

المحتــــــويــــــات

قائمة الجداول

قائمة الأشكال

تطوير استراتيجية تسويقية لتنمية السياحة العلاجية في الأردن

إعداد الطالب :

إياد عبد الفتاح على النسور

إشراف :

الأستاذ الدكتور محمد عصام المصري

ملخص الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى تحليل الصفات ، والخصائص ، والأنشطة التي يتمتع بها قطاع السياحة العلاجية في الأردن ، وذلك من أجل استخدامها في تطوير الاستراتيجية التسويقية المناسبة لهذا القطاع . فمن خلال إبراز عناصر المزيج التسويقي في قطاع السياحة العلاجية في الأردن (الخدمة العلاجية المتاحة ، والتسعير، والترويج ، والتوزيع ،وخصائص المشتري القادم للعلاج ،وخصائص الكوادر الطبية المعالجة ،والمظهر المادي للخدمة العلاجية ،والسياسات الحكومية المتعلقة بتنظيم القطاع) ، فقد حاولنا تحديد تأثيرها على تنمية الطلب الخارجي القائم على خدمات القطاع العلاجية .

واستهدفت الدراسة من أربع مجتمعات هي : مجتمع المستشفيات الخاصة في الأردن ، ومجتمع المرضى الأجانب الذي يتلقون العلاج في المستشفيات الخاصة ، و مجتمع الأطباء العاملون في المستشفيات الخاصة ، وأخيراً مجتمع المؤسسات الحكومية وشبه الحكومية العاملة على إدارة وتنظيم قطاع السياحة العلاجية في الأردن .

وتخلص الدراسة إلى مجموعة من النتائج كان أهمها ما يلي :

- إن التزام المستشفى بالقوائم السعرية التي يعلنها عن خدماته العلاجية في الأسواق المستهدفة ، كان له دور كبير في جذب الطلب الخارجي .
- تزداد مبيعات المستشفيات الأردنية من الخدمات العلاجية في الأسواق التي تتسم بارتفاع متوسط الدخل مثل السعودية ، وكما ترتفع أيضاً في تلك التي تتحمل الدولة فيها تكاليف علاج المرضى مثل فلسطين واليمن .

- ترتفع أسعار بيع الخدمة العلاجية في الأردن عموماً ، عن نظرائها في الدول المنافسة والمجاورة ، وهذا يؤثر بشكل واضح على حجم مبيعات المستشفيات من الخدمات العلاجية.
- تلعب الجماعات المرجعية للمريض كالأصدقاء والمعارف دوراً بارزاً في تشكيل قرار شراءه للخدمة العلاجية الأردنية .
- أهمية الدور الذي يلعبه وجود قسم متخصص لتسويق الخدمات العلاجية في المستشفيات، كما أن توفر المؤهلات العلمية والخبرات المناسبة لهذا القسم ، كان لهما تأثير إحصائي قوي على حجم الطلب الخارجي ،وذلك في جميع المستشفيات في الدراسة .
- يواجه ترويج الخدمة العلاجية الأردنية في الأسواق المستهدفة مجموعة من المعوقات منها :نقص المخصصات المالية للترويج ،ونقص التمويل المتاح لتوسع أعمال المستشفى في الأسواق المستهدفة ، و نقص الخبرات التسويقية المتخصصة .
- إن تشتت الجهود وضعف التنسيق والصلاحيات ، كانت هي السمة الغالبة على ترويج قطاع السياحة العلاجية الأردني في الأسواق المستهدفة .
- توصل الخدمة العلاجية إلى الأسواق المستهدفة من خلال مجموعة من الطرق أهمهما : مؤسسات التسويق العاملة في السوق المستهدف ، واتفاقيات وبروتوكولات التعاون الطبي الثنائية بين المستشفيات المحلية والخارجية ، ومستشفيات وعيادات الأطباء العاملة في الأسواق المستهدفة .
- تساهم عوامل سمعة الأطباء والكوادر الطبية العاملة ، والخبرات الطبية ، و التأهيل والتدريب ، في تحقيق مكانة مميزة للمستشفى في الأسواق المستهدفة .
- تشكل المباني الجزء الأكبر من الأصول الثابتة في المستشفيات ، وبنسبة وصلت إلى (76.6%) .لكن تبين الدراسة أن تلك المستشفيات تعاني من نقص حاد في جانب الإنفاق على تحديث المباني والأجهزة الطبية ، التي لا تكاد تشكل سوى نسبة ضئيلة من مجمل إنفاقها الرأسمالي .
- تساهم عناصر المظهر المادي للمستشفى مثل : المباني والمرافق الطبية ، والأجهزة والمعدات الطبية المناسبة ، في زيادة قدرة المستشفيات على جذب الطلب الخارجي .
- ضعف تأثير المتغيرات الحكومية المتعلقة بالأنظمة والتشريعات القائمة ، على دخول الخدمة العلاجية إلى أسواق جديدة .

- توجد مجموعة من العوامل كانت سبباً في تشكيل رضا المرضى الأجانب عن مستوى العلاج في الأردن من أهمها : التطور النسبي في مستوى الخدمات العلاجية ، والسرعة في تقديم الخدمة العلاجية ، وتوفير العلاج المناسب ، و عنصر الاستقرار والأمن في الأردن .
- من ناحية أخرى ، تبين الدراسة مجموعة من العوامل التي تقود إلى تذمر المرضى الأجانب من العلاج في الأردن منها : سوء المعاملة وتدني مستواها من قبل الكوادر التمريضية العاملة في المستشفيات ، و ارتفاع سعر بيع الخدمة العلاجية ، وأسعار بيع الخدمات الأخرى كالنوم والطعام ، واستغلال بعض المرضى الأجانب من قبل السماسرة الطبيين العاملين في الأسواق المستهدفة .

وبناء على تلك النتائج ، تقوم الدراسة بصياغة استراتيجية تسويقية للقطاع تتضمن مجموعة من الأهداف التسويقية ، وتحليل للأسواق المستهدفة والمنافسة في السوق ، كما تتضمن مجموعة من البدائل التي يمكن من خلالها الدخول والتركز في الأسواق المستهدفة، كما تقترح الدراسة مجموعة من آليات العمل التي يمكن من خلالها تنفيذ تلك الاستراتيجية .

ق

Developing a Marketing Strategy to Promote Tourism For Medical Treatment in Jordan

By

Iyad Abdel Fattah Al-Nsour

Supervised By

Prof . Mohammed Essam El-Masry

Abstract

This study aims at analyzing the characteristics, features and activities of the Tourism for Medical Treatment sector in Jordan, in order to promote an effective marketing strategy for it . The study also attempts to analyze the influence of the marketing mix elements (medical service , the pricing , the promotion, the distribution channels , the characteristics of existing buyers , the characteristics of the medical staff , the physical evidence , and the governmental polices regulating the sector) on the promotion of the foreign demand for the sector services .

This study covers four parts:

- Private hospitals community in Jordan .

- Foreign patients community, who receiving the treatment in private hospitals .

- physicians community working in private hospitals.

- The community of the governmental & quasi-governmental institutions that are working in the sector.

As a result of testing the major hypothesis, can be summarized as follows:

- The commitment of hospitals to prices that promoted in the targeted markets, discounts and offered facilitation have a positive impact on attracting foreign patients .
- The medical services sales increases in high income countries like Saudi Arabia, and in that have the system of full medical coverage like Yemen and Palestine.
- The cost of medical services increases in Jordan in comparison with other countries in the region, and this affects the sales of medical services.
- Word of Mouth (**WOM**), friends and relatives are the major sources of information for patients in their decision of where to acquire the medical service.
- The importance of the available marketing division in hospitals, and the availability of highly qualified medical experiences, have a major role in the diversification of demand on the services offered by the sampled hospitals.

- Lack of financial resources for promotion, expansion and the shortage of specialized promotion expertise are the major obstacles of medical services promotion in the targeted markets.

- Fragmentation of efforts, lack of coordination and authorities are the major obstacles of medical services sector promotion in Jordan .

- The main distribution channels of medical services are: marketing intermediaries, medical agreements and protocols, hospitals and clinics in the targeted markets .

ش

- The buildings constitute (76.6%) of the total fixed assets in hospitals. However, hospitals in Jordan have a weakness in the maintenance of buildings and upgrading equipments.
- The role of physical evidence: prestigious buildings, and the medical equipments, have a better ability to attract foreign patients.
- The respectful reputation of the Medical staff in hospitals, their experience, and the continuous training are the most important factors that formulate the distinctive position of hospitals.
- The weakness of governmental policies and regulations affect the medical services entry into new potential markets.
- The factors that lead to patient's satisfaction are: quality and development of medical service, availability of suitable medical treatment, and political stability in Jordan
- On the other hand, the factors that lead to patient's dissatisfaction are: bad treatment of the medical staff to patients, high cost of medical services and other support services and exploitation of medical brokers.

The study develops a marketing strategy , which are consists of marketing goals, market analysis (targeted markets and competitors) , and suggest group of alternatives to enter and concentrate on the targeted markets. The study has two groups of mechanisms to achieve this strategy .

الفصل الأول

مقدمة الدراسة

1- التمهيد

2- أهمية الدراسة

3- مشكلة البحث وعناصرها

4- فرضيات الدراسة

5- محددات الدراسة

6-الدراسات السابقة

7- نموذج الدراسة

1.1 التمهيد

تنطلق أهمية هذه الدراسة بشكل موازي للأهمية المتزايدة التي يشهدها قطاع السياحة والسفر عموماً ، وتعاظم أهميته النسبية كأحد المكونات الهامة للاقتصاد العالمي . فقد بات قطاع السياحة من القطاعات الاقتصادية الرائدة في العالم ، التي تسهم بشكل ملحوظ في توليد الناتج المحلي الإجمالي GDP ، وتساعد في زيادة وتيرة النمو الاقتصادي داخل الدول من ناحية ، وفي مجال جذب الاستثمارات المختلفة المباشرة وغير المباشرة ، وإقامة المشروعات المختلفة في قطاع الخدمات السياحية وإنشاء البنى التحتية والفوقية المتعلقة به (كالفنادق والمطاعم)، وأثر ذلك في توليد فرص العمل المدرة للدخل من ناحية أخرى ، إضافة إلى تعزيز احتياطي الدولة من العملات الأجنبية وتحسين وضع ميزان المدفوعات (Kotler , Bowen & Makens , 2003 , PP 719-720).

لكن يجد المشاهد أن الواقع السياحي في الأردن لم يرقى إلى المستوى الذي يجب أن يكون عليه: من حيث دوره في تحسين معدل النمو الاقتصادي ، ومساهمته في الدخل المحلي ، رغم توفر معظم المقومات السياحية التي تؤهله ليكون نقطة سياحية مهمة على خريطة السياحة العالمية . فمن ناحية تتوفر معظم المكونات الضرورية لسياحة الاستجمام ، والسياحة العلاجية ، والسياحة العلمية في المواقع والمصادر الطبيعية التاريخية ، والسياحة الثقافية ، والسياحة الدينية ، وعموماً لم تتجاوز نسبة مساهمة هذا القطاع أكثر من(11.3%) كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي وذلك عام 2005 ، والتي يمكن أن تكون أكثر بكثير من تلك النسبة (وزارة السياحة والآثار ،بيانات إحصائية سنوية 2005).

وفي خضم هذا الضعف الذي يتسم به القطاع السياحي بشكل عام ، كان لابد من البحث عن كل ما من شأنه تنميته والنهوض بمستواه ، و برز في هذا الاتجاه الاعتقاد بأن قطاع السياحة العلاجية سيكون المحور الأساسي الذي يمكن أن يقوم عليه تشكيل الميزة التنافسية للقطاع السياحي المحلي ككل . ويعود سبب الاعتقاد في ذلك إلى توفر العديد من الموارد الطبيعية والمناخية كالبحر الميت ، وحمامات ماعين ، وحمامات عفرا والزارا ، وحمامات غور الأردن والزرقاء وغيرها ، التي تتسم بتركيبات وخواص كيميائية لها دورها في معالجة العديد من الأمراض كالضغط والسكري والعقم ، وأمراض العظام ، وأمراض الجهاز التنفسي ، والأمراض الجلدية كالصدفية، والبهاق، والحساسية وغيرها ،إضافة إلى حزمة واسعة من الخدمات العلاجية المتطورة التي تقدمها مجموعة كبيرة من المستشفيات المتخصصة ،وفي هذا الصدد تشير الإحصائيات المختلفة مثلاً إلى أن (2%) من سكان العالم يعانون من مرض الصدفية، إضافة إلى ما يزيد على (60) ألف حالة في الأردن ، الأمر الذي يجعل هذا القطاع مثاراً لمزيد من الاهتمام والتخطيط وبشكل يمكنه من أن يكون

مخرجا لتعويض النقص في السياحة العادية (سلطة وادي الأردن، مشروع التطوير السياحي للشاطئ الشرقي للبحر الميت ، 1995 ، ص 4) .

2.1 أهمية الدراسة

لقد ظهرت هذه الدراسة في الوقت الذي اتصفت دراسات التسويق السياحي التي عالجت هذا الموضوع بالندرة النسبية وخاصة المحلية منها ، وان كان معظم ما بحث في هذا المجال ركز على تحديد تأثير عناصر المزيج التسويقي الأربعة (الخدمة ، والتسعير ، والترويج ، والتوزيع) على جذب المرضى ، كما اكتفت دراسات أخرى بتحليل محفظة الخدمات العلاجية السريرية المتاحة في القطاع . فيما بحثت بعض الدراسات الأخرى على الخصائص الكيميائية والجيولوجية والجغرافية للموارد السياحية العلاجية الطبيعية ، إضافة إلى ميل تلك الدراسات بشكل واضح نحو السياحة الاستجمامية بشكل يفوق الأنواع السياحية الأخرى .

وبناءاً على ما سبق ، فإنه يمكن تحديد أهمية هذه الدراسة كما يلي :

1- شمولية هذه الدراسة لجميع عناصر المزيج التسويقي في الخدمات 7P'S ، والتي يعتقد بتأثيرها على تنمية الطلب الخارجي على الخدمات العلاجية الأردنية .

2- دراسة بعض الأسواق المنافسة التي يعتقد بقدرتها على منافسة الخدمات العلاجية الأردنية ، لغرض تحديد الموقع التنافسي للخدمة العلاجية المحلية .

3- تطوير أو اقتراح الاستراتيجية التسويقية المناسبة للقطاع ككل ، والتي تظهر الربط بين الموارد والإمكانيات العلاجية المتوفرة .

3.1 مشكلة البحث وعناصرها

تبرز مشكلة الدراسة بشكل أساسي في التدني النسبي في معدل إشغال المستشفيات الخاصة، الناجم عن التدني النسبي في حجم الطلب الخارجي على الخدمات العلاجية المحلية ومردوداته الاقتصادية ، قياساً للإمكانات والمزايا العلاجية المتوفرة في الأردن .

لذلك يكمن الغرض من هذه الدراسة في تطوير استراتيجية تسويقية لتنمية السياحة العلاجية في الأردن ، ويمكن صياغة مشكلة الدراسة بالأسئلة التالية :

1- ما هي خصائص الخدمات العلاجية المتاحة ، وما هي العوامل المؤثرة على تقديم هذه الخدمة

العلاجية في المستشفيات الخاصة العاملة في الأردن ؟

2- كيف تتم عملية تسعير الخدمات العلاجية في الأردن ، وما هو أثر السعر على قيام الطلب الخارجي على خدمات القطاع ؟

3- ما هي الطرق المتبعة في ترويج الخدمات العلاجية في الأردن ، وما هي الجهات التي تقوم بها؟

4- ما هي الطرق المتبعة في توزيع الخدمات العلاجية في الأسواق المستهدفة ؟

5 – ما هي الخصائص التي يتمتع بها المرضى القادمين إلى الأردن ، وما هي الأسواق الدولية المناسبة للخدمة العلاجية المحلية ؟

6- ما هي خصائص الكوادر الطبية المعالجة العاملة في المستشفيات ، وما هو دورها في عملية جذب المرضى الأجانب للعلاج في الأردن ؟

7- ما هو المظهر المادي للخدمة العلاجية في المستشفيات التي تقدم الخدمة العلاجية في الأردن ؟

8-ما هي السياسات الحكومية الرسمية المؤثرة على عملية تقديم الخدمة العلاجية للمرضى الأجانب؟

4.1 فرضيات الدراسة

بهدف تحقيق أهداف الدراسة ، تم الاستناد إلى عدد من الفرضيات التي سيتم من خلالها الإجابة على مشكلة الدراسة وهي كما يلي :

-الفرضية الأولى :

"لا توجد علاقة خصائص الخدمات العلاجية المتاحة ، وتنمية الطلب الخارجي على الخدمات العلاجية في الأردن " .

-الفرضية الثانية :

"لا توجد علاقة بين أسعار بيع الخدمات العلاجية ، وتنمية الطلب الخارجي على الخدمات العلاجية في الأردن ".

-الفرضية الثالثة :

"لا توجد علاقة بين ترويج قطاع السياحة العلاجية ، وتنمية الطلب الخارجي على الخدمات العلاجية في الأردن ".

-الفرضية الرابعة :

"لا توجد علاقة بين توزيع الخدمات العلاجية ، وتنمية الطلب الخارجي على الخدمات العلاجية في الأردن " .

-الفرضية الخامسة :

"لا توجد علاقة بين خصائص المرضى القادمين للعلاج ، وتنمية الطلب الخارجي على الخدمات العلاجية في الأردن " .

-الفرضية السادسة :

" لا توجد علاقة بين خصائص الكوادر الطبية المعالجة العاملة ، وتنمية الطلب الخارجي على الخدمات العلاجية في الأردن " .

-الفرضية السابعة

" لا توجد علاقة بين المظهر المادي للخدمة العلاجية المقدمة ، وتنمية الطلب الخارجي على الخدمات العلاجية في الأردن " .

-الفرضية الثامنة :

" لا توجد علاقة بين السياسات الحكومية المتعلقة بتقديم الخدمة العلاجية ، وتنمية الطلب الخارجي على الخدمات العلاجية في الأردن " .

5.1 محددات الدراسة

لقد واجهت هذه الدراسة مجموعة من المحددات التي أثرت عليها وكانت كما يلي :

-كبر حجم مجتمع الدراسة من المرضى ، إلى الحد الذي لا يسمح بشمول جميع عناصره في الدراسة ، لما يتطلبه ذلك من تكاليف إضافية مرتفعة في الوقت والجهد والمال.

-ضعف استجابة بعض المستشفيات للاستبيان المخصص للمرضى ، و لمدراء المستشفيات ذاتها ، الأمر الذي دعا إلى إعادة توزيع الاستبيان مرة أخرى على عينة أخرى من المستشفيات .

-تحفظ المستشفيات عن الإجابة على الأسئلة ذات الطابع المالي أو الكمي ، أو تلك التي تحتاج إلى تقدير ، الأمر الذي قلل من احتمالية الوصول إلى تقديرات دقيقة في هذا المجال .

6 .1 الدراسات السابقة Literature Review

1.6.1 الدراسات المحلية

@ قامت وزارة الصحة بالتعاون مع الوكالة الأمريكية للإنماء الدولي عام 2005 بدراسة " قياس رضا المرضى بخصوص الخدمات التي تقدمها مستشفيات وزارة الصحة " ، وهدفت

الدراسة إلى تحديد مواطن الضعف في تقديم الخدمة العلاجية في تلك المستشفيات ، والتعرف على الخصائص السكانية للمرضى المرتادين لتلك المستشفيات . واعتمدت هذه الدراسة على عينة ميسرة بلغت (471) مريضاً توزعت على (26) مستشفى حكومي ، في أقسام الباطنية والنسائية والتوليد والجراحة. وأظهرت الدراسة أن (88%) من العينة كانوا راضون عن الخدمات التي تقدم في المستشفيات الحكومية ، كما بينت الدراسة أن (40%) من العينة ينتظرون الطبيب لأكثر من ساعتين للحصول على الخدمة العلاجية ، وبينت أيضاً أن (56%) من العينة غير راضون عن الخدمات التي تقدمها الطواقم التمريضية العاملة ويطالبون بمزيد من الاحترام .

كما أظهرت الدراسة أن (75%) من العينة كانوا من النساء وأن (18%) منهن غير متزوجات ، وان (80%) كان تعليمهن أقل من الثانوية العامة ، فيما بلغ متوسط دخل الأسر من العينة حوالي (200) دينار . كما أكد (80%) من العينة بأن مستوى الخدمة الصحية المقدمة للمرضى عند الدخول أكثر من مستوى جيد ، وكانت نسبة الرضا العام عن الغرف (80%) ، وعن الحمامات بنسبة (66%) ، وبين نحو (26%) من المرتادين أن الطعام المقدم لهم كان بارداً .

@ كما قامت **وزارة التخطيط والتعاون الدولي عام 2004** ، بدراسة بعنوان " **المقدرة التنافسية لقطاع السياحة العلاجية في الأردن** " ، وقد هدفت هذه الدراسة إلى تخمين الموقع الحالي لقطاع السياحة العلاجية في الأردن ، وقياس قدرته على تصدير خدماته العلاجية ، كما حاولت هذه الدراسة صياغة مسودة استراتيجية لتنمية وتطوير هذا القطاع . وبينت الدراسة أن عدد المرضى العرب وصل عام 2002 إلى نحو (109) ألف مريض ، وبلغ معدل إنفاق المريض الواحد (5.5) ألف دولار ، كما بينت الدراسة مجموعة الإمكانيات المادية والكوادر الطبية والتجهيزات المتوفرة في القطاع بصورة مختصرة ، وقد استخدمت الدراسة عدداً من الأساليب الإحصائية الوصفية في تحليل البيانات التي تم الحصول عليها من الاستبانة الموزعة على المرضى العرب القادمين للعلاج في الأردن ، في محاولة لقياس درجة رضاهم عن مستوى الخدمة الصحية المقدمة لهم ، والتعرف على خصائصهم الديمغرافية ، وأسباب قدومهم للعلاج ، إضافة إلى بيان المعوقات التي واجهتم أثناء تلقي العلاج .

توصلت الدراسة إلى عدد من النتائج أهمها :ضعف وعشوائية التسويق الموجه للأسواق ذات الدخل المرتفع ،وغياب التنسيق بين القطاعات المسؤولة عن تنظيم القطاع ، كما وجدت عدم وجود استراتيجية محددة يمكن الاستناد إليها للمواءمة بين المعروض من الخدمات العلاجية وحجم الطلب

عليها . وأوصت الدراسة بضرورة تنسيق الجهود وتوحيدها باتجاه ترويج الخدمات العلاجيـــة فـــي القطاع ، وكذلك ضرورة تقسيم السوق المستهدف وفقاً لطبيعة النظام الصحي فيها .

@ وقام الباحثان **الضمور ونصيرات** عام **2004** بدراسة بعنوان " **تـــأثير عناصـــر المـــزيج التسويقي ، على اجتذاب المرضى العرب للعلاج في المستشفيات الأردنية** " ، والتي هـــدفت إلـــى معرفة وتحديد أثر عناصر المزيج التسويقي للخدمة الاستشفائية ، في اجتذاب المرضـــى العـــرب للمستشفيات الأردنية كمكان مفضل لتلقي العلاج ، وهدفت أيضاً إلى معرفة حجم اختلاف تأثير تلك العناصر على قرار الاختيار ، باختلاف العوامل الديمغرافية للمرضى ، وقد تم أخذ عينة ملاءمة من المرضى العرب الذين تلقوا العلاج في المستشفيات الأردنية بلغت **(141)** مريضاً.

توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج كان أهمها : وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأهمية النسبية لعناصر المزيج التسويقي من حيث قدرتها على اجتذاب المرضى ، فقد حصل عامل الخدمات والعاملين ، وعامل سهولة المنال على الترتيبين الأول والثاني على التوالي ، بينما حصل عاملا الترويج والسعر على أهمية متدنية . كما أظهرت الدراسة وجود فروق ذات دلالات إحصائية في أهمية بعض عناصر المزيج التسويقي على أساس عامل التعليم والعمر ، ولم تظهر الدراسة أي فروقات ذات دلالة على أساس الجنسية والجنس . وأخيراً قدمت الدراسة بعض التوصيات للمسوقين والإداريين من شأنها اجتذاب المرضى العرب للعلاج في المستشفيات الأردنية .

@ أما دراسة " **الوكالة الأمريكية للإنماء الدولي بالتعاون مـــع برنـــامج أميـــر AMIR** " عام **2002** بعنوان " **الخدمات العلاجية في الأردن The Jordan Medical Services** " ، فقد هدفت إلى محاولة تطوير خريطة تنافسية لبناء المقدرة التنافسية للقطاع ، معتمدة في ذلـــك علـــى الخصائص والإمكانيات والمزايا العلاجية المتوفرة في الأردن . مما سيمكنها من الوقوف على أهم الاحتياجات والمتطلبات المختلفة لتطوير الميزة التنافسية للقطاع ، وتحديد السياسات المختلفة التـــي من شانها زيادة الصادرات العلاجية للخارج .

قامت الدراسة بالربط بين قطاع الخدمات العلاجية والقطاعات المساندة الأخرى مثل قطـــاع التأمين والتعليم والسياحة ، والتي من المتوقع أن تتكامل مع بعضها لتعظيم الاستفادة من المـــوارد والإمكانيات العلاجية المتاحة ، كما بينت الدراسة أن هناك إمكانية لتحقيق الميـــزة التنافســـية فـــي القطاع . وجدت الدراسة أن تعدد مزودي الخدمة العلاجية أدى إلى تماثل فـــي هيكـــل الخـــدمات

العلاجية المتاحة ، الأمر الذي يبرز الحاجة إلى التخصص ، والحاجة أيضاً لوجود نظام تصـنيف للمستشفيات العاملة حسب مستوى جودة الخدمة المقدمة . وبينت الدراسة أن الخـدمات العلاجيـة المحلية تواجه منافسة من عدداً من الأسواق المجاورة كالسعودية ، ولبنان . وقد أوصت الدراسـة بضرورة تفعيل التشريعات والأنظمة القطاعية المساندة الأخرى .

@ جاءت دراسة **البنك العربي** عام **2001** بعنوان " **الخدمات العلاجية للقطاع الخـاص فـي الأردن** " **Medical Services of The Private Sector In Jordan** لتكمل ما توصلت إلى الدراسات الأخرى في هذا المجال . فقامت بتحليل محفظة الخدمات العلاجية المتاحة في مستشفيات القطاع الخاص في الأردن ، وقامت بدراسة المزايا والفرص ونقاط الضعف الفنية والتشغيلية ، كما حاولت إبراز الدور الذي يمكن أن تلعبه تلك المستشفيات في تعزيز المقدرة التنافسية للقطاع ، وقد استخدمت الدراسة مجموعة من الأساليب الإحصائية البسيطة في عرض وتفسير النتائج . خرجـت الدراسة بمجموعة من النتائج كان أهمها أن حصة المستشفيات الخاصة في الأردن شـكلت نحـو (60%) من مجمل التسهيلات المتاحة ، كما بينت أن نحو (75%) من الطاقـة الاسـتيعابية لتلـك المستشفيات متوفرة في مدينة عمان ، وأن نحو (50%) من تلك الطاقة تركزت في منطقة عمـان الغربية . كما بينت الدراسة أنت نسبة الاستثمارات الثابتة في تلك المستشفيات تراوحت بين (-60% 40%) .

@ وجاءت دراسة الباحث **أبو رمان** عام **1997** بعنوان " **تسويق الخدمة وإمكانية تطويرها في المنظمات السياحية من وجهة نظر النزلاء : دراسة على منتجع حمامات ماعين السياحي في الأردن** " ، لتقوم الخدمات التسويقية القائمة حالياً في المنتجع قيد الدراسة ، والاعتماد على وجهـة نظر النزلاء في تطوير الخدمات التي يقدمها وفق الاعتبارات والمفاهيم الحديثة التي تـدخل فـي مفهوم الخدمة السياحية ، كما حاولت الربط بين أهمية تقسيم السوق ونوعية الخدمة المقدمة ، وكيفية الاستفادة من مواقف الزبائن في تصميم المزيج التسويقي المناسب .

بينت الدراسة أن خدمات السياحة العلاجية تتمتع بخصوصية تتطلب إيجاد خدمة متميزة تجمع بين العلاج والاستشفاء من جهة ، ووسائل الراحة والترفيه من جهة أخرى . كما بينت أن المنتجع قيد الدراسة تم إعداده على نحو يتناسب مع حاجات العلاج والاستشفاء ، رغم ضعف التكامل فـي الخدمات السياحية ونوعيتها . كما وجد أن أسعار المرافق الأخرى مرتفعة نسبياً ، إضافة إلـى أن

قرب المنتجع وتوسطه بين معظم المدن الأردنية كان سبباً في تفضيل الزبون الاستشفاء والعلاج في المنتجع دون الإقامة فيه . أوصت الدراسة أخيراً ، بضرورة توسيع الخدمة وتنويعها لجذب الزبائن وتعريفهم بفوائد استخدام المياه المعدنية ، وإمكانيات استخدامها بصورة أكثر فاعلية ، إضافة إلى توفير العمالة المؤهلة لتطوير العمل في المنتجع ، كما أوصت الدراسة بضرورة الاهتمام بخدمات البنى التحتية في منطقة الدراسة مثل : شبكة الطرق ، ووسائل المواصلات والاتصالات ، وتفعيل التنسيق والتكامل بين إدارات المواقع العلاجية والمستشفيات العاملة في هذا المجال .

@ وجاء الباحثان **نصيرات والضمور** عام **2000** بدراسة بعنوان "**مدى التشابه والتباين بين المرضى والإداريين حول مكونات جودة الخدمة الاستشفائية** " ،حيث هدفت إلى تحديد الاختلافات في الأهمية النسبية لمكونات الجودة المدركة للخدمة الاستشفائية بين الإداريين وجمهور المرضى، في القطاع الصحي الخاص الأردني ، وتحديد مدى التباين بين كل منهما على أساس بعض الخصائص الديمغرافية للمرضى وبعض الخصائص الديمغرافية للإداريين . واستخدمت الدراسة نوعين من العينات : عينة ملائمة من جمهور المرضى من مستشفيات القطاع الخاص بلغ عددها **(235)** عنصر ، بلغ عدد المستجيبين منها نحو **(171)** عنصر أو ما نسبته **(71%)** . أما العينة الأخرى فقد كانت من الإداريين العاملين في تلك المستشفيات ، وبلغ عددهم **(150)** عنصر على اختلاف مستوياتهم الوظيفية ، بلغت نسبة المستجيبين منهم **(91)** عنصر أو ما نسبته **(60%)** .

توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج تمثلت أهمها في : عدم معنوية الخدمات الفندقية في المستشفيات ، وليست ذات اهتمام من قبل عينات الدراسة ، بينما جاءت الخدمات الفنية والمهنية المساندة المتوفرة في المستشفيات موضع اهتمام للمرضى وللإداريين ، على أنها مكون للحكم على جودة الخدمات الاستشفائية .كما بينت الدراسة ارتفاع الأهمية النسبية للتفاعل الإنساني لدى عينات الدراسة ، باعتباره مكون مهم أيضاً لجودة الخدمة الاستشفائية . من جانب آخر بينت الدراسة وجود اختلاف في التمييز بين جمهور المرضى المشمولين بالدراسة ، حول أهمية إدراكهم لمكونات الخدمة العلاجية عند تصنيفهم على أساس مستوى الدخل أو مستوى التعليم ، بينما لم تظهر أية اختلافات ذات أهمية في التمييز بينهم عند تصنيفهم على أساس الجنس .

كما بينت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة في التمييز بين الإداريين المشمولين بالدراسة، حول الأهمية النسبية المعطاة لمكونات الجودة المدركة للخدمة الاستشفائية عند تصنيفهم على أساس المركز الوظيفي أو مستوى التعليم . وهذا أن هناك دوراً مهماً لعوامل الخبرة والمركز

الوظيفي في تحديد الأهمية النسبية لمكونات جودة الخدمة الاستشفائية ، أكثر من المستوى التعليمي . وأوصت الدراسة أخيراً بتحسين تسويق جودة الخدمة الاستشفائية لدى المرضى والإداريين ، وفهم مكونات هذه الجودة وإدراكها بصورة يمكن من خلالها ، بناء الصورة الذهنية المحببة والجذابة للمرضى ، كما أوصت بإعادة النظر بالأهمية المعطاة من قبل عينات الدراسة لبعض مكونات جودة الخدمة الاستشفائية ، خاصة فيما يتعلق بمعيار الخصائص الفندقية .

@ فيما هدفت دراسة الباحث **الشلبي** عام 1999 بعنوان " **مستوى الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الأردنية : دراسة تقييمية من وجهة نظر الأطباء العاملين فيها** " إلى محاولة استطلاع أراء الأطباء العاملين في المستشفيات الحكومية الأردنية في مراكز المحافظات لتقييم مستوى الخدمات الصحية في الأردن ، سواء كان ذلك متعلقاً بالمباني ، أو الكوادر الطبية ، والعلاجات والأدوية ، والإجراءات الإدارية ، والتجهيزات والمنافع الطبية وغير الطبية .

تكون مجتمع الدراسة من جميع الأطباء العاملين في المستشفيات الحكومية في مراكز المحافظات والبالغ عددهم (1127) طبيب وطبيبة ، فيما بلغت عينة الدراسة (923) عنصر أو ما نسبته (81%) من مجمل المجتمع ، تم اختيارهم بطريقة عشوائية ، فيما أجري التحليل النهائي على (378) استبانة ممن انطبقت عليها شروط التحليل الإحصائي ، وقد استخدمت الدراسة عدداً من الطرق الإحصائية مثل التكرارات ، والنسب الإحصائية ، والمتوسطات الحسابية ، والانحرافات المعيارية ، وتحليل التباين الأحادي **ANOVA** ، واختبار **T**، واختبار **F**، واختبار نيودان مولز، ومعامل ارتباط بيرسون الإحصائي .

توصلت الدراسة إلى عدد من النتائج أهمها : فعالية متغيرات مواقع مباني المستشفيات الحكومية في مراكز المحافظات ، وخدمة الصيدليات وكفاءة وفعالية الأدوية ، والتجهيزات الطبية والمختبرات ، وارتفاع مستوى تأهيل الكوادر الطبية ، إضافة إلى تأثير الإجراءات الإدارية جميعها على مستوى الخدمة الصحية .

@ هدفت دراسة الباحث **نصيرات** عام 1998 بعنوان " **المعايير التي يستخدمها مستهلكو الخدمة الصحية (المرضى) ، عند اختيارهم لمستشفى لتلقي العلاج في الأردن** " ، إلى التعرف على مدى استخدام المرضى لمعايير محددة وتحديد هذه المعايير .وقد استخدمت الدراسة العلاقة التأثيرية بين متغيرات مستقلة ، واختيار المرضى للمستشفى المناسب وهذه المتغيرات هي : جودة

الخدمة الصحية ، وسعر الخدمة ، والتأمين الصحي ، وتوصية الطبيب المعالج ، وتوصية الأصدقاء والأقارب ، والبيئة الداخلية والخارجية للمستشفى ، وخدمات الطوارئ في المستشفى ، والصورة الاجتماعية المكونة مسبقاً لدى المريض عن المستشفى ، كما درست علاقة المعايير المستخدمة بالخصائص الديمغرافية للمرضى .وأجريت هذه الدراسة على عينة مكونة من **(300)** مريض من المرضى المنومين (المقيمين) **Inpatients** ، في المستشفيات الخاصة في الأردن ، والتي بلغت **(31)** يمثلون مجتمع الدراسة .

توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها : أن المرضى المتعاملين مع المستشفيات الأردنية يستخدمون معايير محددة عند اختيار المستشفى وهذه العوامل هي : جودة الخدمة العلاجية، وخدمات الطوارئ في المستشفى ، والبيئتين الداخلية والخارجية للمستشفى . كما وجدت مجموعة أخرى من المعايير أقل أهمية تمثلت في : توصية الأقارب والأصدقاء ، والتأمين الصحي . وخلصت الدراسة بضرورة التركيز على الجودة من وجهة نظر المرضى كعامل مهم في الاختيار .

@ أما دراسة الباحثان **العدوان وعبد الحليم** عام **1997** بعنوان " **العوامل والتغيرات المرتبطة بالرضا عن الخدمات المقدمة في المستشفيات ، عند المرضى المقيمين فيها** " ، فهدفت إلى التعرف على العوامل المرتبطة بالرضا عن الخدمات المقدمة في المستشفيات . وتكونت عينة الدراسة من **(80)** من المرضى المقيمين في هذه المستشفيات ، بنوعيها العام والخاص وفي مختلف محافظات الأردن .

بينت الدراسة أن مستوى الرضا عن الخدمات مرتبط بعوامل أهمها نظافة المستشفى ، ونوع المستشفى ، ووجود تأمين صحي ، واهتمام الطبيب أثناء العلاج ، وطول فترة الانتظار بين الموعد الفعلي ووقت العلاج . كما وجد بأن معاملة موظفي المستشفى لها ارتباط إيجابي بمستوى الرضا عن الخدمات ، كما تبين من التحليل الإحصائي وتحليل الانحدار أن عاملي نوع المستشفى ونظافة المستشفى ، لهما أكبر الأثر في تحقيق الرضا ، حيث ساهمت لوحدها في تفسير ما يزيد عن **(38%)** من التباين في المتغير المعتمد . كما وجد بأن عوامل التأمين الصحي ، ومعاملة موظفي المستشفى ، واهتمام الطبيب أثناء العلاج جاءت في المرتبة الثانية ، والتي ساهمت بتفسير ما نسبته **(5%)** من التباين .أوصت الدراسة بضرورة قيام إدارة المستشفيات باعتماد أقصى درجات النظافة للمرافق العلاجية والخدمية مثل : نظافة الأسرة والغرف ، والاهتمام بتدريب موظفي المستشفيات **(الإداريين والممرضين والفنيين)** ،على كيفية معاملة المراجعين والمرضى بطرق حضارية .

وخلصت الدراسة إلى بعض التوصيات التي تصب في رفع مستوى الرضا عن الخدمات المقدمة للمقيمين في مثل هذه المستشفيات .

@ هدفت دراسة الباحثة **المعايعة** عام **1995** بعنوان " **جغرافية السياحة العلاجية في الأردن**" إلى بيان أهمية السياحة العلاجية والتوزيع المكاني لها ، والمقومات البشرية والطبيعية لهذه المواقع، كما هدفت إلى تحليل الخصائص الاجتماعية والديمغرافية والاقتصادية والصحية للمرتادين. وأشارت الدراسة إلى أن الإناث هم الأكثر ارتياداً للمناطق العلاجية مقارنة بالذكور ، بسبب ارتفاع نسبة إصابتهن بأمراض الروماتيزم والمفاصل ، وأشارت الدراسة أيضاً إلى ارتفاع معدل إقامة المرتادين في مناطق الدراسة إلى **(11)** ليلة مقارنة بالأنواع الأخرى .

توصلت الدراسة إلى عدد من النتائج مفادها أن مناطق السياحة العلاجية في الأردن تنحصر في منطقتي الحمة الأردنية والشونة الشمالية ، بسبب افتقار المناطق الأخرى للخدمات والمرافق العلاجية والطبية ، كما توصلت إلى مجموعة الدوافع الثانوية التي تحفز السائح للبحث عن الراحة والاستجمام والاستمتاع بالطقس والمناظر الطبيعية ، وأوصت الدراسة بضرورة تشجيع الاستثمار في مشاريع وخدمات البنى التحتية في المواقع العلاجية .

2.6.1 الدراسات الخارجية

@ جاءت دراسة الباحث **Anthony May** عام **2003** ، بعنوان " **تصدير الخدمات العلاجية في هونغ كونغ Exporting Hong Kong's Medical Services** " ، لتبحث في أهمية الخدمات العلاجية المتاحة في هونغ كونغ ومدى مساهمتها في الاقتصاد المحلي . فقد أشارات الدراسة قدرة القطاع على تحقيق الربح ، وامتصاص فائض العمالة من الكوادر الطبية ، إضافة زيادة معدلات الإشغال في المستشفيات ، واستغلال المعروض من خدمات البنى التحتية المتاحسة . كما بينت الدراسة أن مزيداً من الاهتمام بهذا القطاع سيؤدي إلى جذب العمالة الأجنبية المؤهلة والمدربة . وأشارت الدراسة إلى مجموعة من التحديات التي تواجه نمو القطاع منها : ضعف شفافية القطاع الخاص في الإفصاح عن الأسعار والتكاليف ، ومحدودية عدد الغرف في المستشفيات، إضافة إلى قيود العمل على الأطباء العاملين في القطاع العام عند رغبتهم العمل في القطاع الخاص. وقد خرجت الدراسة بمجموعة من التوصيات تمثلت أهمها في : ضرورة تعميق التعاون بين مؤسسات القطاعين العام والخاص ، والتركيز على المرضى ذوي القدرات المالية

المرتفعة في الأسواق المستهدفة ، وتقديم خصومات مالية للمرافقين والمرتـادين ، وتحسـين دور الأطباء في تسويق العلاقات مع المرضى القادمين .

@ أما دراسة الباحث **Papendvopoulos** عام **2002** بعنوان " **السياحة العلاجية وأهميتها الكبـرى لليونـان The Medical Services & It's Greatest Importance For Creece** " ، فقد بينت أهمية التحولات والتغيرات السكانية وظهور فئة المتقاعـدين وكبـار السـن وارتفاع معدل توقع الحياة على نمو القطاع . كما بينت الدراسة أن زيـادة الاهتمـام بالنشـاطات المرتبطة بالسياحة العلاجية ، من شأنه تشجيع الطلب الخارجي وتحسين الـدخول إلـى الأسـواق المستهدفة . وقد أوصت الدراسة ببذل المزيد من الجهود لتحسين مساهمة القطـاع فـي الاقتصـاد الوطني ، واقترحت منتجع كريت **Creat** كمقصد مناسب لطالبي العلاج والاستجمام .

@ هدفت دراسة **البنك الدولي** عام **1995** بعنوان " **آفاق تصدير السياحة العلاجيـة لـدول الكاريبي الناطقة بالانجليزية** " ، إلى دراسة العوامل المؤثرة على تصدير الخدمات العلاجية لدول حوض منطقة الكاريبي الناطقة بالإنجليزية (كندا ، أميركا ، بريطانيا) ، ومحاولة التأثير عليهـا بطريقة تعزز من تنميتها وآفاق تطويرها . وقد استخدمت الدراسة تحليل القوة والضعف ، والفرص والتهديدات **SWOT** ، كما استخدمت تحليل الأسواق التنافسية ، وتحليل عناصر البيئة الخارجية .

كما قامت الدراسة بتحليل محفظة الخدمات العلاجية المناسبة لتلك الأسواق مثل : الجراحـة التجميلية ، ومعالجة الإدمان ، والمنتجعات السياحية ، كما قامت بالربط بين تلـك الخـدمات مـع حاجات المتقاعدين وكبار السن . ووجدت الدراسة أن تطوير تلك الخدمات يحتاج إلى أنظمة عمـل للقطاع الصحي ، و التكامل بين القطاعين العام والخاص . كمـا وجـدت الدراسـة أن الابتكـار التكنولوجي وتطوير القدرات والطاقات الطبية سيصب في صالح المرضـى وطـالبي العـلاج . وأوصت الدراسة بالمزيد من الاستثمار في القطاع .

يبين الجدول رقم (1) ملخص لأهم الدراسات المحلية الواردة في هذا الجزء ، والتي بحثت في قطاع السياحة العلاجية في الأردن ، حيث يمكن من خلالها إعطاء تصور أولي لأهم العوامـل والعناصر التي يعتقد تأثيرها على القطاع ، وبالتالي الاستناد إليها في بناء نموذج الدراسة بطريقة تمكننا من تطوير الاستراتيجية المناسبة للقطاع ، وذلك كما يلي :

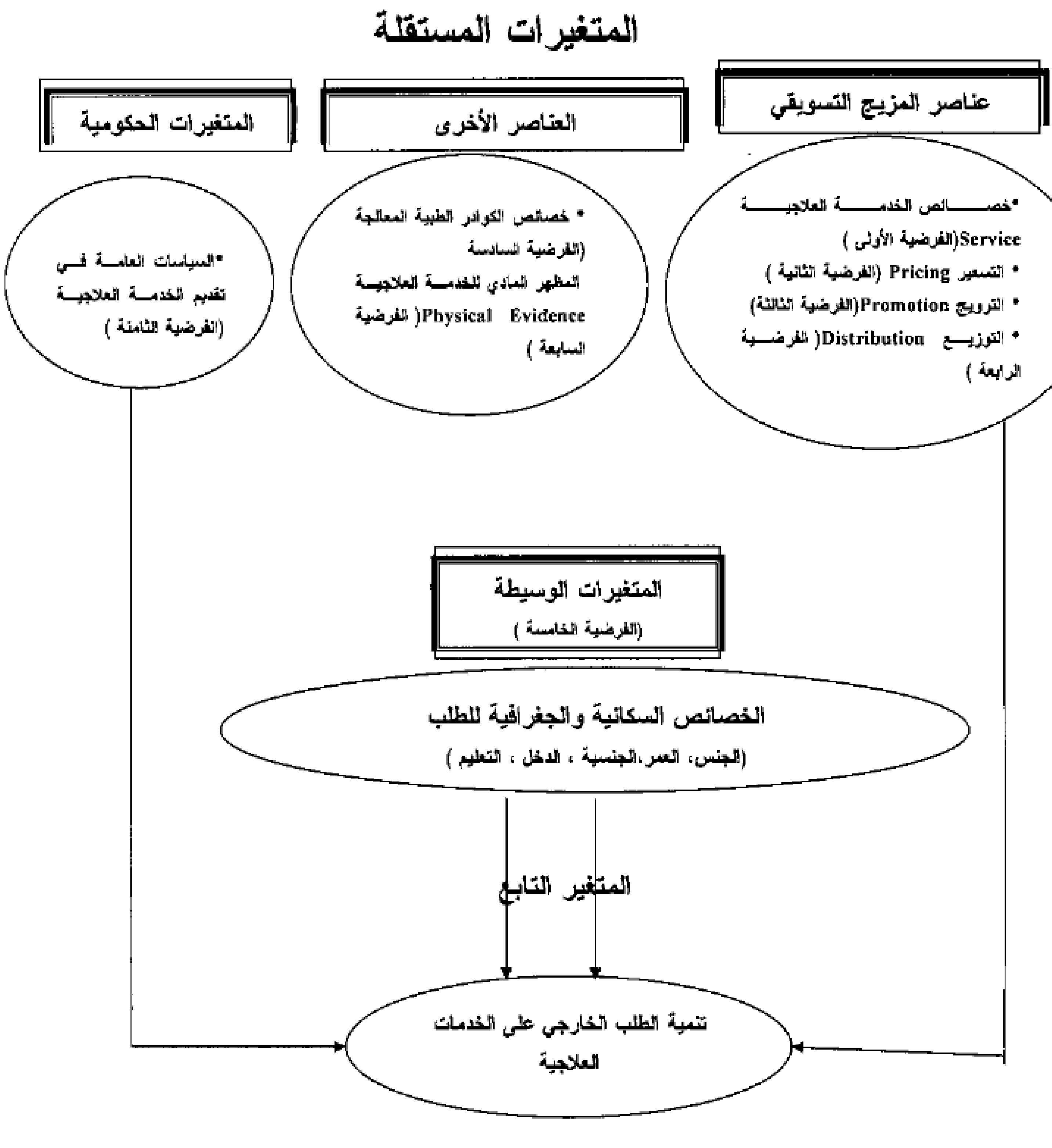
الجدول رقم (1)

ملخص الدراسات المحلية السابقة

الرقم	اسم الباحث وعنوان الدراسة	هدف الدراسة	نتائج الدارسة
1	(وزارة الصحة بالتعاون مع الوكالة الأمريكية للإنماء الدولي ، 2005) بعنوان " إعادة هيكلة القطاع الطبي في الأردن "	تحليل مواطن الضعف في القطاع الطبي في الأردن	-أظهر (88%) من العينة رضاهم عن الخدمات العلاجية -طول فترة انتظار الطبيب لأكثر من ساعتين -قلة الاحترام من جانب الكوادر التمريضية العاملة
2	(وزارة التخطيط ، 2004) بعنوان " المقدرة التنافسية لقطاع السياحة العلاجية في الأردن	دراسة الموقع التنافسي لقطاع السياحة العلاجية في الأردن	-ضعف التسويق وعشوائيته -غياب السوق المستهدف -ضعف التكامل مع القطاعات المرتبطة
3	(الضمور ونصيرات ، 2004) بعنوان " تأثير عناصر المزيج التسويقي على اجتذاب المرضى العرب للعلاج في المستشفيات الأردنية "	معرفة وتحديد أثر عناصر المزيج التسويقي للخدمة الاستشفائية في اجتذاب المرضى العرب للعلاج في المستشفيات الأردنية . ومعرفة مدة اختلاف تلك العناصر باختلاف العوامل الديمغرافية للمرضى	-وجود دلالة إحصائية لعناصر المزيج التسويقي في التأثير على جذب المرضى العرب للعلاج -احتل عامل الخدمات العلاجية والعاملين ا، وعامل سهولة المنال لتأثير الأكبر على اختيار المرضى للعلاج -احتلت عناصر الترويج والسعر أهمية أقل في التأثير على قرار المريض -وجود فروقات ذات دلالة إحصائية لبعض عناصر المزيج التسويقي على أساس التعليم والعمر -عدم وجود فروقات ذات دلالة لمتغيرات الجنس والجنسية في التأثير
4	(الوكالة الأمريكية للإنماء الدولي ، 2002) بعنوان " الخدمات العلاجية في الأردن "	محاولة بناء النموذج التنافسي للقطاع	-تماثل هيكل الخدمات العلاجية المتاحة في السوق المحلي -عدم وجود نظام لتصنيف المستشفيات الخاصة العاملة -ضعف الرقابة الحكومية على تسعير الخدمات العلاجية
5	(البنك العربي، 2001) بعنوان " الخدمات العلاجية للقطاع الخاص في الأردن	تحليل محفظة الخدمات العلاجية المتاحة في مستشفيات القطاع الخاص	-التوسع غير المدروس في إنشاء المستشفيات الخاصة في منطقة عمان الغربية -عدم المواءمة بين المطلوب والمعروض من الخدمات العلاجية -تركز رأس المال بنسبة كبيرة في المباني والمرافق الطبية الثابتة

6	(نصـــيرات والضـــمور ، 2000) بعنوان مدى التشابه والتباين بـين المرضي والإداريين حول مكونـات جودة الخدمة الاستشفائية	تحديد الاختلافات في الأهمية النســبية لمكونـــات الجـــودة المدركة للخدمة الاستشـــفائية بـــين الإداريـــين وجمهـــور المرضى في القطاع الصحي الخاص الأردنـــي ، وتحديـــد مدى التباين بين كـــل منهمـــا على أساس بعض الخصـائص الديمغرافية للمرضى وبعـض الخصــــــائص الإداريــــــة والديمغرافية للإداريين .	– عدم معنوية الخدمات الفندقية في المستشفيات . -تأثير الخدمات الفنية والمهنية المساندة لمتوفرة في المستشفيات . – ارتفاع الأهمية النسبية للتفاعـل الإنســاني لـدى عينات الدراسة . -وجود اختلاف في التمييـز حـول أهميـة إدراك مكونات الخدمة العلاجية على أساس مستوى الدخل أو مستوى التعليم ، بينما لم تظهر أية اختلافات على أساس الجنس للمرضى . -وجود فروق حول أهمية مكونات الجودة المدركـة للخدمة الاستشفائية على أساس المركز الـوظيفي أو مستوى التعليم للإداريين.
7	(الشـلبي ، 1999) بعنـــوان " مستوى الخدمات الصحية المقدمــة في المستشفيات الحكومية الأردنية	تقيـيم مســتوى الخـــدمات الصحية في الأردن	تأثير متغيـرات مبـاني المستشـفيات ، وخدمــة الصيدليات، وكفاية التجهيزات الطبية والمختبرات ، ومستوى الكوادر الطبية ، والإجـراءات الإداريــة وذلك على مستوى الخدمة العلاجية المقدمة
8	(نصـــيرات ، 1998) بعنـــوان المعايير التي يستخدمها مســتهلكو الخدمة الصحية (المرضـــى) عنـد اختيارهم لمشفى لتلقي العلاج فـــي الأردن	التعرف على مدى اســتخدام المرضى لمعايير محددة فـــي اختيار المستشفى .	– وجود مجموعة مهمة من المعايير : جودة الخدمة العلاجية ، خدمات الطوارئ في المستشفى ، البيئتين الداخلية والخارجية لمستشفى . – وجود مجموعة أقل أهمية : توصـيـة الأصـدقاء والأقارب ، والتأمين الصحي .
9	(أبــو رمـــان ، 1997) بعنـــوان " تسويق الخدمات وإمكانية تطويرها في المنظمات السياحية من وجهـــة نظر النزلاء "	تقـويم الخـدمات التسـويقية القائمة في منتجـع حمامـــات ماعين السياحي ، من وجهـــة نظر الزبائن والمرتادين	-الخصوصية الكبيرة لخدمات السياحة العلاجية في المنتجع كونها تجمع بين العلاج والاستجمام -ضعف درجة الشعور بالرضا عن أسعار العـــلاج والاستشفاء -تفضيل العلاج ، وعم الإقامة في المنتجع لأسـباب تتعلق بقربه من معظم المدن الأردنية
10	(العدوان وعبد الحليم ، 1997) ، بعنوان العوامل والتغيرات المرتبطة بالرضا عن الخدمات المقدمـــة فـــي المستشفيات عند المرضى المقيمين فيها .	التعرف على أهـــم العوامـــل والمتغيرات المرتبطة بالرضا عن الخدمات المقدمـــة فـــي المستشفيات، عند المرضـــى المقيمين فيها .	– ارتباط الرضا بعوامل نظافة المستشفى ، ونـــوع المستشفى ، ووجود تأمين صحي ، وطـــول فتـــرة انتظار العلاج ، ومعاملة موظفي المستشفى ، .
11	(المعايعة ، 1995) بعنـــوان " جغرافية الســياحة العلاجيـــة فـــي الأردن	تحليل وبيان أهمية الســياحة العلاجيـــة ، ومقوماتهـــا وعناصر الجذب السياحي	-اقتصار السياحة العلاجية علـى منطقتـي الحمـة الأردنية والشونة الشمالية -افتقار المناطق العلاجية إلى أهم المقومات السياحية والعناصر الجاذبة

7.1 نموذج الدراسة



الفصل الثاني : الإطار النظري للدراسة

- عناصر المزيج التسويقي للخدمة العلاجية الأردنية (الخدمة العلاجية ، التسعير ، الترويج ، التوزيع) **4p's** .
- خصائص الطلب القائم على الخدمات العلاجية الأردنية وخصائص الكوادر الطبية المعالجة **People** .
- المظهر المادي للخدمة العلاجية الأردنية **Physical Evidence**.
- السياسات الحكومية المتعلقة بتقديم الخدمة العلاجية الأردنية **Process** .

1.2 الخدمات العلاجية المتاحة

تسعى عملية التسويق عموماً إلى إيصال المنتج إلى الزبون الراغب بالشراء ، لكن يختلف التسويق السياحي في حالة الخدمات العلاجية ، كون أن المريض سيكون مضطراً للسفر إلى مكان وجود الخدمة العلاجية للاستفادة والانتفاع بها ، وبالتالي تصبح عملية السفر التي يقوم بها المريض، هي الجزء الحاسم في عملية تسويق تلك الخدمات وصناعة الطلب عليها . وتكمن أهمية تلك العملية في قيمة الوقت والمال والجهد والأموال المنفقة عليها ، إضافة إلى دورها في تشكيل وصياغة الخبرات السياحية والعلاجية ، وبالتالي تأثيرها على القرارات التي يتخذها المرضى الراغبين بالسفر وشراء الخدمة العلاجية .

كما تقوم علمية تسويق الخدمة العلاجية أساساً على نوعية الخدمة العلاجية المتوفرة ، وخاصة إذا علمنا أن تلك الخدمة تميل نحو اللاملموسية ، فهذه الصفة تساعد على تخفيض درجة المخاطرة ، وتؤدي إلى خلق تصور قوي عن الخدمة المقدمة . ورغم تلك الأهمية ، إلا أنها ترتب نتائج هامة على صعيد عملية التسويق نفسها ، فتصبح عملية مراقبة الجودة وتقييمها أكثر صعوبة وتعقيداً ، خاصة عند مقارنتها بالخدمات الأخرى المنافسة في المجال ذاته .

لذا فإن الوقوف على دراسة مفهوم ومكونات الخدمة العلاجية مفيد في فهم العوامل المؤثرة عليها بدقة ، رغماً عن الصعوبات المرافقة لهذه العملية مثل : الزمن والحاجة القائمة على ظهور المرض ، والتعقيدات في تحديد مكونات الخدمة وما تتضمنه من مدخلات ومخرجات أثناء تقديمها للمرضى . وقد حاول بعض الباحثين وضع التعريف المناسب لمفهوم الخدمة بصيغتها العامة، ومنها سننطلق في تحديد خصائص الخدمة العلاجية المتاحة في الأردن.

فقد عرف **Gronroos** (**Gronroos , 1994 , P.P 36-45**) بأنها " أي نشاط أو سلسلة من الأنشطة، ذات طبيعة غير ملموسة في العادة، وليس من الضروري حدوثها بطريق التفاعل بين المستهلك ومنتجي الخدمة ، أو الموارد المالية ، أو السلع ، أو الأنظمة التي يتم تقديمها حلولاً للمشاكل التي تعترض المشتري " . أما **Kotler** (**Kotler , 2006**) فعرفها بأنها " أي أداء يقدمه طرف ما لطرف آخر ، ويكون بالأساس غير ملموس ولا ينتج عنه أي ملكية ، كما أن إنتاجه قد يكون مرتبط بتقديم منتج مادي ملموس و قد لا يكون" .

وتختلف الخدمة العلاجية عموماً في مفهومها عن الخدمات الأخرى في بعض الجوانب ، رغم اشتراكها في عدد كبير من الخصائص ، ويقترح الباحث لهذه الغاية مجموعة من المعايير التي

سيتم استخدامها للتمييز بين كلا المفهومين وذلك كما يلي :

الجدول رقم (2)

الاختلاف بين الخدمة العلاجية والخدمات الأخرى

الخاصية	الخدمة العلاجية	الخدمات الأخرى
مخاطر الجودة المدركة	تصنف ضمن الخدمات التي تقع مباشرة على الإنسان، لذلك يعتقد الباحث أنها تتسم بحساسية مرتفعة مقارنة ببقية الخدمات ، كما تمثل بذلك أعلى درجات الاتصال التي تشهدها الخدمات عموما .People Processing	من الممكن أن تقع على الإنسان نفسه ، أو العقل ، أو الحيازة ، كما أن معظمها أقل اتصالاً بالإنسان مباشرة .
طبيعة الطلب	يعتبر الطلب عليها من النوع الممتد لتأثيره على مجموعة واسعة من القطاعات تشمل المستشفيات ، والعلاجات ، والنقل ، والجامعات ، والمراكز العلاجية، والأغذية ..الخ .	تقتصر في كثير من الأحيان على سلسلة نشاطات محددة ترتبط بالخدمة أكثر من قطاعات أخرى ترتبط بها ذاتها مثل البنوك، والتأمين.
الحاجة	من الصعب تأجيلها أو إلغاء استهلاكها لتأثيرها المباشر على صحة الفرد وارتباطها باستمراريته وديمومته .	من الممكن تأجيلها أو إلغاؤها والبحث عن بدائل اقل تكلفة وجودة في فترات معينة .
إنتاج الخدمة	تقوم المستشفيات بإنتاج خدمات علاجية أكثر ، كما أن خط إنتاج الخدمة نفسها أكثر عمقاً واتساعاً .	أقل تعقيداً واتساعاً وعمقاً ، كما تمتاز بقصر خطوط الإنتاج وبساطتها .
موقع الاستهلاك	يضطر المريض للسفر إلى مكان وجودها للانتفاع بها، لذا تصبح عملية السفر والانتقال جزءا أساسيا من صناعة السياحة العلاجية ، كما يمكن أن تقدم على شبكة الانترنت **On Line**.	تبدو الحاجة للسفر أقل أهمية بسبب انخفاض الجهد المبذول فيها .
القوى العاملة	تحتاج إلى مجموعة ماهرة من الكوادر الفنية والإدارية،	قد تحتاج بعضها إلى لمستويات أقل مهارة في التدريب والتعليم والتأهيل .
التكاليف والأسعار	تتسم غالبا بارتفاع تكاليف الحصول عليها باعتبارها كثيفة رأس المال ، كما أن الخدمة العلاجية هي جزء من سلسلة طويلة من النشاطات التي تشتق منها.	معظمها تتسم بانخفاض في تكاليفها النسبية وتبدو إمكانية الإحلال مرتفعة عند تبدل الأسعار والعوامل المرتبطة بها .
المكونات	تشمل الإقامة والفحوص التشخيصية ، والوصفات العلاجية ، والصور الإشعاعية .	تبدو مكوناتها أقل تعقيدا كخدمات التأمين والبنوك والتعليم .
الفترة الزمنية	من الصعوبة التنبؤ بفترة الحصول عليها مسبقا، كونها ترتبط بالمرض الذي يصعب معرفة وقت حدوثه .	من الممكن تحديدها مسبقا ، وبناءً على العوامل المؤثرة فيها .
الإنفاق المالي	ضخامة المبالغ المالية المنفقة للتطوير،أو المخصصة لإنشاء أخرى جديدة.	في الغالب تكون أقل إنفاقاً .

المصدر : مقترح من الباحث

رغم الاختلافات السابقة التي تميز الخدمة العلاجية عن بقية أنواع الخدمات ، إلا أنها تشترك معها في عدد من السمات نوردها فيما يأتي :

-صعوبة فصل خطوات الإنتاج والاستهلاك عن بعضها ، بل في كثير من الأحيان تستهلك الخدمة في أثناء إنتاجها دون إتاحة المجال للعاملين لفحص الجودة وتدارك الأخطاء حال وقوعها .

-صعوبة تنميط الخدمات عند تقديمها ، أو محاولة تقديمها بنفس المستوى ، خاصة تلك التي تعتمد على العنصر البشري منها .

-عدم استقرار الطلب وتذبذبه ، فهو يختلف من يوم إلى آخر ومن ساعة إلى أخرى ويصعب التنبؤ به .

استناداً على ما سبق ، تُخرج الخصائص السابقة الخدمة العلاجية عن كونها غير ملموسة بدرجة كبيرة ، بل يمكن إدراكها من قبل المرضى وطالبي العلاج . وبشكل أوضح يمكن اعتبارها حالة وسيطة بين السلع المادية والخدمات ، مما يجعلها تشترك في مجموعة الخصائص المميزة لكلا النوعين ، واحتفاظها في الوقت ذاته بمجموعة من الصفات التي تميزها وتنفرد بها عن بقية الخدمات الأخرى .

1.1.2 مستويات الخدمات العلاجية المحلية

لقد شهدت الأردن خلال العقدين الأخيرين تطوراً واضحاً في مختلف الجوانب والقطاعات، مواكبةً بذلك التطورات العالمية في المجال ذاته ، ويعتبر قطاع الخدمات العلاجية أحد أبرز القطاعات التي استفادت من هذا التقدم بشكل ملموس ، والذي انعكس على تحسين نوعية وكمية الخدمات العلاجية، ونمت بموجبه المقدرة التنافسية للقطاع ، واتسعت معه رقعة انتشار تلك الخدمات وزادت قاعدته الإنتاجية ، لدرجة أدت إلى ضعف السوق المحلي عن امتصاص تلك التطورات . وكان لتعاظم دور القطاع الخاص في النشاط الطبي النصيب الأكبر في إحداث التطور، بشكل مكنه من اكتساب موقعٍ تنافسي بارزٍ محلياً وخارجياً مقارنة بالدول المجاورة ذات النسق المشابه ، كما تقدم بذلك على معظم الدول ذات الدخل المتوسط والمرتفع (وزارة التخطيط ، الخطة الاقتصادية والاجتماعية ، 2003 ، ص 195).

وتمارس وزارة الصحة دوراً وسيطاً يجمع بين توفير الخدمات العلاجية وبين مراقبة وتنظيم القطاع ، ويساعدها في ذلك عددٌ من مؤسسات القطاع الخاص ، وأخرى من المؤسسات الوسيطة التي تشمل : الخدمات الطبية الملكية RMS ، والمستشفيات الجامعية (مستشفى الجامعة الأردنية والملك عبد الله المؤسس) ووكالة الغوث . وقد بلغ عدد المستشفيات العاملة في الأردن (98)

مستشفى ، وبلغت طاقتها الاستيعابية من الأسرّة ما يقارب (10) آلآف سرير ، شكلت المستشفيات الحكومية منها نحو (29.6%) ، مقابل (57.1%) شكلت حصة القطاع الخاص منها وذلك في عام 2005 (وزارة الصحة والرعاية الصحية ، التقرير الإحصائي السنوي ، 2005) .

ويستند القطاع الطبي في توزيع خدماته العلاجية على مجموعة من المستشفيات والمراكز الصحية ، التي تقدم تشكيلة واسعة من الخدمات تختلف في مستوياتها ودرجة صعوبتها ، ويعد العلاج السريري الأوفر نصيباً من تلك الخدمات لارتباطه بكثافة استخدام رأس المال في الأجهزة والمعدات والمرافق والمنافع الطبية ، إضافة إلى الكوادر البشرية الطبية والفنية المختصة في معالجة مجموعة كبيرة من الأمراض المعقدة والمتطورة . فيما تعد المعالجة المناخية الاستشفائية الأقل تركزاً لرأس المال ، نظراً لاعتمادها الأساسي على الإمكانيات الطبيعية والبشرية الأقل تطوراً .

وعلى الرغم من كل ما سبق ، فإن القطاع الطبي في الأردن يعاني من تشوهات واضحة في توزيع الاستثمار الموجه لبناء المستشفيات والمراكز العلاجية ، أدى ذلك إلى تعميق التفاوت في معدلات إشغال تلك المستشفيات واستغلال طاقتها التشغيلية ، فمن جهة وصلت نسبة الإشغال في المستشفيات الحكومية ما يقرب (71%) مقارنة بنحو (46.2%) في القطاع الخاص عام 2005 (وزارة الصحة والرعاية الصحية ، 2005) ، وذلك رغماً عن الجهود الرسمية لإعادة تشكيل الطلب وإحداث التوازن فيه على خدمات القطاعين العام والخاص . كما شهدت الاستثمارات تركزاً واضحاً في مناطق عمان الغربية بنسبة وصلت إلى (66%) وذلك لعوامل تتعلق بالقدرة الشرائية لسكان تلك المناطق وطبيعة الحوافز النقدية المتوفرة فيها ، ويعود السبب الرئيسي في مجمل ما سبق إلى الافتقار لوجود سياسة رقابية على الاستثمارات الطبية في الأردن وعلى جودة الخدمة العلاجية المقدمة (Arab Bank Center for Scientific Research , 2001, PP 5-7) .

1.1.1.2 الخدمات العلاجية السريرية

انصبت مهمة القطاع الطبي خلال الفترة الماضية ، في توفير مجموعة الخدمات العلاجية اللازمة للمشتري القائم والمحتمل في السوقين المحلي والخارجي ، واستطاع من خلال قنواته المختلفة توفير توليفة من القوى البشرية المؤهلة والمدربة ، ممزوجة بمجموعة من المعدات والتجهيزات الحديثة . كما عمل على توسيع قاعدته الإنتاجية وزاد من درجة ترابطاته الأمامية والخلفية مع القطاعات الأخرى ، فانتشرت معه صناعة الأدوية والمستحضرات الطبية ، وظهرت المنتجعات العلاجية والمراكز الصحية التخصصية ومراكز اللياقة البدنية والتجميلية (دائرة تشجيع

الاستثمار ، قانون تشجيع الاستثمار ، 2005) .

يقدم القطاع الطبي المحلي مجموعة متماثلة من الخدمات العلاجية شملت : خدمات التشخيص والاستشارات الطبية ، والجراحة المتخصصة مثل زراعة الأعضاء وجراحة القلب والصدر وعمليات الدماغ والأعصاب ، وأمراض العيون ، وجراحة الكلى والمسالك البولية ، وجراحة الأسنان والتجميل ، وجراحة الأنف والأذن والحنجرة ، وجراحة النخاع الشوكي، وأمراض الدم والسرطان ، وعمليات الإخصاب والعقم (وزارة الصحة ، التقرير الإحصائي السنوي ، 2005) .

وقدم القطاع الطبي خدماته العلاجية لما يقارب (5.8) مليون حالة ، حازت مستشفيات القطاع العام على نحو (45%) منها مقارنة بنحو (12.4%) للقطاع الخاص ، وارتفعت بموجبها معدلات الإشغال في كلا القطاعين إلى نحو (69.8%) و (46.2%) على التوالي في عام 2004 ، فيما ذهبت النسبة الباقية الأخرى إلى الخدمات الطبية الملكية، ووكالة الغوث وبلغت (42.6%) .

ويشير الجدول رقم (3) إلى خصائص مزودي الخدمة العلاجية في الأردن في العام ذاته ، ونستنتج منه ما يأتي :

1-نجم التفاوت في حجم الطلب على الخدمات العلاجية عن الحساسية السعرية ، وحجم الحماية الاجتماعية والتأمين الصحي ، مما تسبب تدني معدلات الإشغال في بعضها وارتفاعاً في البعض الآخر، كما أثرت على معدل إقامة المريض فيها (وزارة الصحة ، التقرير الإحصائي السنوي ، 2005) .

2-تركزت العمليات الجراحية المعقدة كثيفة التكنولوجيا ورأس المال في مستشفيات القطاع الخاص، فيما اختصت مؤسسات القطاع العام بجزء كبير منها بحالات الولادة والإسعاف والطوارئ والخدمات الأولية **Outpatients** (Arab Bank Center for Scientific Research , 2001).

3-اشتملت قاعدة التأمين الصحي المدني والعسكري على شريحة واسعة من المؤمن عليهم لدى مستشفيات القطاع العام ، وانخفاضها بشكل واضح في القطاع الخاص (وزارة الصحة ، قانون الصحة العامة ، 2004) .

4-حاز القطاع الخاص حاز على نسبة كبيرة من مجمل الطلب الخارجي على الخدمات العلاجية، فنجد أن (48.6%) من المرضى في القطاع الخاص تشكلت من الطلب الخارجي (103.3 \ 212.9). (وزارة الصحة ، التقرير الإحصائي السنوي ، 2004).

5-حاز الطلب الخارجي على نحو (22.4%) من مجمل نسبة الإشغال التي سجلها القطاع الخاص .

الجدول رقم (3)

مزودي الخدمة الصحية في الأردن لعام 2004

مزود الخدمة	وزارة الصحة	القطاع الخاص	الخدمات الطبية الملكية	الجامعات الرسمية
معدل إقامة المريض (يوم)	3.2	2.6	4.4	4.6
حالات الولادة (ألف)	71.5	47.1	23.5	3.85
عدد العمليات (ألف)	80.4	95.1	41.8	22.1
نسبة الإشغال %	69.8	46.2	79	72.5
حالات الدخول (ألف)	271.9	212.9	120.9	47.25

المصدر: وزارة الصحة، التقرير الاحصائي السنوي، 2004 ، عمان .

2.1.1.2 الخدمات العلاجية الاستشفائية

يتمتع الأردن بوفرة نسبية في المياه المعدنية والطبيعية التي تشكل الإطار المساعد لمفهوم السياحة العلاجية ، حيث تكثر وتتنوع المصادر المائية المعدنية والحارة التي تتسم بالخصائص والصفات الكيميائية والفيزيائية المعالجة لعدد كبير من الأمراض . وفي النطاق ذاته تعد المعالجة المناخية في منطقة البحر الميت سبباً لتفرده بعلاج عدد من الأمراض النادرة ، فانخفاض درجة الرطوبة وتشبع الجو بالأكسجين من أهم عوامل نجاح معالجة مرض الصدفية على سبيل المثال، وبنسبة وصلت إلى (80%) ، وتلك الإمكانيات يبينها الجدول رقم (4) كما يلي :

الجدول رقم (4)

المواقع العلاجية الطبيعية في الأردن

الموقع	الخصائص	أهم الينابيع	احتمالية العلاج	أهم الأمراض	الاحتياجات *
ماعين	63م، الرادون ، كبرتيد الهيدروجين	الشلال ، المبخرة، الأمير، الزارا	80%	-التهاب المفاصل . -التآكل الغضروفي .	-عوامل النظافة . -نقص المقومات السياحية الجاذبة . -الشرطة السياحية. -التسعير . -النقل السياحي. -المطاعم والفنادق ذات التصنيفات المختلفة.
غور الأردن	50ْم ، مياه معدنية وحارة.	---	75%	-التهاب المفاصل. -تآكل الفقرات.	
الأزرق	مياه قلوية، الرادون المشع		80%	-الأمراض الجلدية . -أمراض المفاصل .	

وادي الزرقاء	الحديد، المواد الذائبة، ثاني أكسيد الكربون، البايكربونات	جرش، دير علا	75%	-تصلب الشرايين. -الدورة الدموية. -إدرار البول.	
البحر الميت	تركز الأملاح، درجة الحرارة، الرطوبة، الأكسجين		80%	-الصدفية . -الأمراض الجلدية . -اختفاء لون البشرة.	
جنوب الأردن	مياه معدنية وحارة ، درجة الحرارة (48م)	عفرا، ابن حماد، وادي الذراع .	80%	-فقر الدم . -العقم . ضغط الدم .	

المصدر : وزارة السياحة والآثار ، 2005 ، عمان .

: خالد مقابلة وفيصل الحاج ذيب ، صناعة السياحة في الأردن ، 2000 ، عمان .

وعليه ، تالياً بعض الملاحظات حول خصائص الخدمات العلاجية المتاحة في الأردن بشقيها السريري والمناخي الاستشفائي ، والتي من الواجب أخذها بالاعتبار عند صياغة استراتيجيات تسويق القطاع الطبي ، وهي كما يأتي :

-رغم تعدد الجهات التي توفر الخدمات الصحية والعلاجية ، تبرز الحاجة الداعية لمزيد من التخصص الطبي في السوق المحلي .

-رغم التطور الواضح في القطاع مقاساً بتدني معدلات وفيات الأطفال، ومعدلات الإصابة بالأمراض السارية والمعدية ، لكنه ما زال يعاني من ارتفاع في معدلات الإصابة بالأمراض المزمنة والحرجة مثل أمراض القلب والشرايين ، والسرطان ، وأمراض الشيخوخة ، إضافة إلى النمو السكاني المرتفع الذي يحد من قدرته على رفع مستوى الأداء ، والتوسع في الخدمات العلاجية بشكل نوعي ، وزيادة حجم التغطية الجغرافية وعدد المستفيدين منه (وزارة الصحة ، التقرير الإحصائي السنوي، 2005).

-ضعف التكامل والتنسيق بين الأنظمة والتشريعات المختلفة التي تحكم القطاع مثل قانون الصحة العامة ، وأنظمة ترخيص مزاولة المهن والمؤسسات الصحية ، وقانون المجلس الصحي العالي (وزارة التخطيط ، الخطة الاقتصادية والاجتماعية ، 1999-2003، ص 195) .

وللوقوف على واقع الخدمة العلاجية بشكل أكثر تفصيل ، يبين الجدول التالي رقم (5) مستويات الخدمة العلاجية في الأردن ، وذلك وفقاً للتصنيفات الواردة في الأدبيات التسويقية المعروفة في هذا المجال وهي كما يلي :

الجدول رقم (5)

مستويات الخدمات العلاجية والخدمات المرتبطة بها

المستوى	الخدمة العلاجية السريرية	الخدمة العلاجية الاستشفائية
الخدمة الجوهرية Core Services	خدمات التشخيص والاستشارات الطبية ، والجراحة المتخصصة مثل زراعة الأعضاء وجراحة القلب والصدر وعمليات الدماغ والأعصاب ، وأمراض العيون ، وجراحة الكلى والمسالك البولية، و جراحة الأسنان والتجميل ، وجراحة الأنف والأذن والحنجرة، وجراحة النخاع الشوكي، وأمراض الدم والسرطان ، و عمليات الإخصاب والعقم .	تآكل الفقرات ، الأمراض الجلدية، أمراض المفاصل ، تصلب الشرايين، الدورة الدموية، إدرار البول ، الصدفية ، والأمراض الجلدية، واختفاء لون البشرة ، وفقر الدم ، والعقم ، وضغط الدم .
الخدمات الأساسية Basic Services	النقل الطبي ،والتكنولوجيا العلاجية، والأدوية والصفات العلاجية ، المرافق والمنافع الطبية ، والمراكز العلاجية المتخصصة ، و تكنولوجيا الاتصالات ، وخدمات الكهرباء، والكوادر الطبية المعالجة ، والإسكان الصحي .	
الخدمات المتوقعة Expected Services	العناية الصحية ، ونظافة المباني والمرافق الطبية ، ونظافة الطعام والشراب ، وسرية المعلومات الخاصة بالمريض .	
الخدمات غير المتوقعة Augmented Services	تقديم الخدمة العلاجية في منتجعات علاجية تابعة للمستشفى ، انتظار المريض في المطار ، تقديم تسهيلات بالدفع .	
الخدمات المحتملة Potential Services	الخدمات العلاجية المجانية ما بعد العلاج مثل الفحص الدوري ، والاستشارة المجانية ، والمتابعة ، وبطاقات الشكر .	

المصدر : مقترح من الباحث .

2.1.2 جودة الخدمة العلاجية المتاحة

تمثل الجودة عملية بناء واستدامة للعلاقة مع العملاء ، وذلك بتخمين وتنبؤ وتلبية احتياجاتهم القائمة والضمنية (Wender & Judd , 1996) . فيما يرى Kotler (Kotler , 2003) أنها " الانحراف القائم بين قيمة الخدمة المدركة ، وتلك المتوقعة من قبل الزبون " ونضيف بأنها " الحجم الذي تكون به المنتجات، والخدمات، والعمليات ، والعلاقات الخالية من العيوب ، والمحددات ، والبنود ، التي تخفض من القيمة المضافة للعملاء" (WWW.Qualitydigest.com , 2005) . فيما يشير أحد الباحثين أن مفهوم الجودة انتقل من السيطرة على العيوب إلى منع العيوب (مبدأ الوقاية وليس العلاج) ، كما تضمن تدرج دور الإدارة ممارسة الجودة على مستوى العمال وقسم الجودة في المنظمة ، إلى الدور الاستراتيجي للجودة تتولاه الإدارة العليا ، كما تدرج مفهوم ضبط الجودة من منظور المنتج إلى منظور الزبون، والانتقال من الاهتمام بالمنتج إلى العمليات ثم إلى الخدمات ثم إلى الحاجات (Joanne , 1995).

وعليه ، فإن مفهوم جودة الخدمة العلاجية يمثل " نقل الخدمات العلاجية للمرضى بأسرع ، وأفضل ، وأرخص ، وأحدث الطرق " (WWW.LDRI.COM) ، هذا وتقوم المستشفيات الاهتمام بتجويد خدماتها العلاجية للأسباب التالية :

-تكرار شراء الخدمة العلاجية .

-تعزيز كلمة الفم المنقولة **WOM** بين المرضى .

-تخفيض تكلفة استقطاب المرضى الجدد.

-حماية المرضى من آثار المستشفيات المنافسة.

-تحقيق ميزة تنافسية مستدامة لكل من الخدمة العلاجية والمستشفى .

-تخفيض نسبة إخفاق أو فشل المستشفى في أداء أعماله.

من جانب آخر ، تقسم الدراسات جودة الخدمة العلاجية وفقاً للجهة التي تنظر إلى هذه الجودة وهي كما يلي :

1 – **الجودة من المنظور الطبي المهني وتمثل** ، تقديم الخدمات العلاجية بأحدث الطرق حيث يشمل ذلك : أخلاقيات الممارسة الطبية ، والكوادر الطبية العاملة ، ونوعية الخدمة العلاجية المقدمة .

2 – **الجودة من منظور المريض وهي** تمثل : تلبية احتياجات المريض ، وتقديم الخدمة العلاجية المناسبة للمريض .

3 – **الجودة من المنظور الإداري وتشمل** : كيفية استخدام الموارد المتوفرة وتخصيصها بشكل يضمن تقديم الخدمة العلاجية في الوقت اللازم ، وبمستوى مقبول من التكاليف .

4– **الجودة من منظور الإدارة الطبية العليا وتشمل** : مدى الرضا عن أداء الإدارة العليا ودورها في دعم وتطوير الخدمة العلاجية والنظام الصحي عموماً ، كما تشمل كفاءة هذه الإدارة في تخصيص الموارد المالية ، والقدرة على رسم الاستراتيجيات وخطط العمل المستقبلية .

أما دونابدين فيركز على ثلاثة مداخل لقياس جودة الرعاية الصحية وهي كما يأتي (نصيرات والضمور ، 2000، ص 48) :

-**المدخل الهيكلي** : وهي تشمل الخصائص الثابتة للمؤسسة الصحية مثل : عدد وفئات ومؤهلات منتجي ومقدمي الخدمات العلاجية ، والأجهزة والمعدات والتسهيلات المتوفرة ، وأسلوب تنظيمها وإدارتها .

-**مدخل العملية** : ويشير إلى الأنشطة والخدمات التي تم تقديمها للمرضى ، ويتضمن ذلك تسلسل الأنشطة وتنسيقها . وقد طور هذا المفهوم لاحقاً وقام بالفصل بين الجوانب الفنية ، والمهارات غير الشخصية المرتبطة بالتعامل والتفاعل مع المرضى أو ما يسمى فن الرعاية .

-**مدخل النتيجة النهائية** : وهي تعكس النتائج النهائية للرعاية الطبية وتصنف إلى مجموعتين تشمل أحدها مؤشرات الوضع الصحي العام وتركز على إدراك المريض لمستوى صحته ، فيما تشمل مؤشرات الوضع الصحي الخاص معدلات الوفيات لمرض محدد ، وحدوث أعراض مرضية ترتبط بمرض محدد .

وتضيف الدراسات التسويقية مجموعة من المعايير التي يستخدمها الزبائن للحكم على الجودة، والتي كان من المفيد تطبيقها على الخدمات العلاجية ،كونها تؤثر في صياغة إدراكهم لهذه الخدمة ، وقد تم تقسيمها إلى ما يلي :

أ- الجوانب المادية : Tangibility

تشمل اهتمام المريض بالمظهر الخارجي ، والديكور ، وترتيب الأقسام في المستشفى ، ووسائل نقل المرضى ، والكوادر الطبية المعالجة ، والمنافع والأدوات والمعدات الطبية المستخدمة في العلاج ، والمنتجعات العلاجية .

ب . الاعتمادية : Reliability

تتمثل في القدرة على تقديم الخدمات العلاجية التي يدركها ويتوقعها المرضى بصورة دقيقة وبشكل مستمر ، وفي المواعيد المحددة دون أخطاء .

ج. الاستجابة : Responsiveness

وهي تتمثل في قيام الكوادر الطبية والإدارية بتقديم الخدمة العلاجية للمرضى ، بشكل فوري وعاجل ، إضافة إلى قدرتهم على التكيف من الظروف الطارئة والمستجدة .

د. الضمان : Assurance

وهي تصب في جانب شعور المريض بالراحة والاطمئنان عند التعامل مع المستشفى ، وكوادره الطبية المختلفة ، كما تشمل دعم وتأييد الإدارة العليا في المستشفى للعاملين فيه ، أثناء قيامهم بتقديم الخدمة العلاجية للمرضى ، وإبداء الاستعداد لتقدير المواقف وتقدير الجهد المبذول في العمل.

هـ . التعاطف : Empathy

وتشمل الجوانب التي تعبر عن درجة تفهم المستشفى لاحتياجات ومصالح وظروف المرضى.

بشكل أوضح ، هناك مجموعة أخرى من المظاهر التي يمكن من خلالها الحكم على جودة الخدمات العلاجية في المستشفيات نوردها كما يأتي :

- التقليل من الاختلافات في الممارسات الطبية ومحاولة تقديمها بصورة نمطية .
- تخفيض أوقات انتظار المرضى في المستشفيات .
- توفير الخدمات الصحية بشكل مقبول لجميع فئات المرضى (الأطفال ، والنساء ، والشيوخ ، وذوي الاحتياجات الخاصة) .
- الالتزام بالمعايير والأخلاق الطبية في الممارسة الطبية .
- وجود معايير ونظم واضحة تحكم تقديم الخدمة العلاجية .
- توفر الخدمة العلاجية الفعالة في الوقت والمكان المناسبين للمريض .

هذا ، وتبين المعلومات المتاحة أن جودة الخدمات العلاجية في الأردن ، ما زالت بحاجة إلى مزيد من الإصلاح والتطوير ، وتعميق سمعتها ومكانتها في الأسواق المستهدفة مقارنة بالمنتج اللبناني مثلاً (MOP , Medical Tourism , 2004 , P.16) . وينظر الباحث (Verster , 2004) من ناحية أخرى ، أن الجودة تتأثر بعدد من العوامل التي يأخذها مسوقوها بالاعتبار خلال عملية تسويقها، والتي تصب في جانب تحسين سمعة وجودة الخدمة العلاجية المقدمة وهي كما يلي :

- الموازنة المخصصة للإنفاق على تسويق الخدمة العلاجية .
- إدارة تصميم الخدمة العلاجية .
- درجة التخصص في تقديم الخدمة العلاجية .
- أنظمة الاتصال المتاحة بين المستشفى والمرضى .
- نظم إدارة ورقابة التكاليف.
- إدارة الوقت المتاح لتقديم الخدمة العلاجية .
- تكاليف تطوير الخدمة العلاجية .

3.1.2 دورة حياة الخدمة العلاجية

قام الباحث بالاستعانة بنظرية دورة الحياة الواردة في الأدبيات التسويقية لتطبيقها على الخدمة العلاجية. ونبين بأن هناك اختلافاً بين تلك الأدبيات من حيث تحديدها لعدد المراحل التي يمكن أن يمر بها المنتج عموماً ، لكنه يميل البحث إلى حصرها في أربعة مراحل أساسية نوردها فيما يلي :

أ-مرحلة الظهور : Introduction Stage

إن تميز المؤسسات التي تنتج الخدمة العلاجية ؛ في امتلاك التكنولوجيا الطبية المتطورة يمكنها من إنتاج خدمات علاجية جديدة قادرة على جذب الطلب، وتوجيهه نحوها في سوق واحد أو في عدد من الأسواق ، وتشير التجربة إلى أن خير مثال على تلك الخدمات عمليات القلب المفتوح والشرايين والكلى ، والجراحة التجميلية وإنقاص الوزن والإخصاب ، كما تشير الاحصاءات السكانية مثلاً أن (20%) من المتزوجين في أميركا غير قادرين على الإنجاب مما يدعوهم لاستخدام أطفال الأنابيب **Test- Tube Babies** . وهنا يتسم سعر بيع الخدمة الجديدة في هذه المرحلة بالارتفاع بشكل يبرر حداثة الخدمة المباعة وخلق ما يسمى بالطلب الأولي عليها ، كما تتسم نفقات الترويج والإنتاج والتوزيع بالارتفاع أيضاً .

ويميل منتجو الخدمة العلاجية في هذه المرحلة إلى فكرة الالتزام بمنحنى التعلم (زيادة الإنتاج وانخفاض التكاليف) ورغبتهم الشديدة في الحصول على حصة سوقية مرتفعة ، ويركز المرضى في هذه المرحلة على عوامل غير سعرية عند شرائهم للخدمة العلاجية أكثر من السعر نفسه ، رغم فعالية هذا السعر في التأثير على حجم الطلب والمنافسة في السوق (العبادي وسويدان ، 1999، ص 260) .

ب-مرحلة النمو : Growth Stage

يكون حجم المنافسة في هذه المرحلة على أشده بين منتجي الخدمة العلاجية ،وتنخفض إمكانية تمييز الخدمة العلاجية إلى أدنى ما يمكن بسبب كثرة المنتجين والبدائل المختلفة للخدمة ، وتبدأ المبيعات بالارتفاع .ويركز معظم المرضى في هذه المرحلة على شراء الخدمات العلاجية ذات الجودة المرتفعة والخدمة النوعية الموثوق بها من مستشفيات ذات سمعة عالية ، إضافة إلى تأثير الاعتبارات السعرية كثيراً على قرارات الشراء أكثر من المرحلة السابقة (العبادي وسويدان ، 1999، ص260). وبما أن بائعي الخدمات العلاجية في السوق يمتلكون رغبة في زيادة حصصهم السوقية ، عندها تصبح حروب الأسعار والتخفيضات السعرية جزءاً مهماً من عملية المنافسة السوقية ،وذلك على حساب الجودة والنوعية المتميزة ،وتنخفض معها نفقات الترويج (Kotler , 2003) .

ج-مرحلة النضج : Maturity Stage

تمتاز هذه المرحلة بأنها الأكثر استقراراً والأطول بين المراحل السابقة ، وأن معظم الخدمات الحالية توجد في هذه المرحلة من دورتها ، وهذا يعني أن أغلب إدارات التسويق في المستشفيات ، تسعى الدخول إلى هذه المرحلة رغم ما تحمله من تحديات ومنافسة جامحة تواجه المستشفى . فتتسم هذه المرحلة بخروج عدد كبير من منتجي الخدمة العلاجية المنافسين نتيجة انخفاض السعر إلى حده الأدنى ، بالتالي عدم قدرتهم مع هذا السعر من تغطية متوسط التكاليف المتغيرة ، للخدمة العلاجية بسبب الانخفاض النسبي في الأرباح رغم زيادة حجم المبيعات ، خاصة إذا كان هؤلاء المنتجون ممن يركزون على استراتيجيات النمو والربح السريع في السوق ، وتصبح هذه المرحلة أكثر ربحية ومقبولة أكثر للمنتجين الباقين في السوق .

بشكل منطقي فإن قبول المرضى بالخدمة العلاجية في بداية ظهورها ، وتكوين انطباع إيجابي قوي عنها ، يدفع المنتجين إلى فرض أسعار منخفضة نسبيا تناسب المرحلة وتحافظ على مستويات ربحية مقبولة لهم ، خاصة إذا وجد في السوق من يرغب باقتناء وشراء هذه الخدمة، ولديه اعتقاد بقيمة إدراكه الذي يناسب السعر المطلوب ، ويزداد مستوى النمطية في الإنتاج وما يرافقها من انخفاض في تكاليف الترويج (البكري ، 2005، ص192) .

د-مرحلة الانحدار : Declining Stage

تمثل المرحلة الأخيرة في دورة حياة الخدمة العلاجية ، وتؤول في نهايتها إلى خروج الخدمة من السوق . فتظهر في هذه المرحلة علامات مميزة تبين انخفاض حجم الطلب بشكل واضح مما يعني تدني حجم المبيعات وارتفاع مستوى التكاليف ، ورغبة الطلب في شراء خدمات علاجية أكثر تطوراً ، رغم وصول سعر بيع الخدمة إلى حده الأدنى . وهنا يبدأ منتجو هذه الخدمات بإجراء تحسينات نوعية على الخدمات القائمة ، وتحسين جودة الأدوات المستخدمة فيها ، واللجوء إلى الحملات الترويجية بكثرة لتحسين صورة المنتج ، كما قد يلجأ البعض الآخر إلى البحث عن خدمات علاجية جديدة تمكنه من المنافسة والاستمرار في السوق .

4.1.2 المكانة الذهنية للخدمة العلاجية المحلية (التموضع السوقي)

تعود جذور مفهوم المكانة الذهنية إلى عام 1972 عندما جاء كلاً من **Trout** و **Al Ries** ، وتحدثوا عن الموقع **Position** بداية ثم توسع حتى وصل إلى مفهوم المكانة الذهنية (التموضع) ، حيث بين هؤلاء الكتاب أن مفهوم المكانة الذهنية كان ذو استخدامات محدودة في البيئات الترويجية

والإعلانية، وأضافوا أيضاً أنه يمثل مكانة المنتج الأساسية التي يحتلها في أذهان المستهلكين . لكن تبين المفاهيم التسويقية الحديثة أن التصور أو انطباع المستهلكين عن المنتج ، يجب أن يكون متميزاً وفريداً ، والهدف من ذلك هو تخفيف حدة التعارض التي تواجه أذهان المستهلكين ، عند تطور وتعدد المنتجات في السوق ، واتساع عدد الحملات الإعلانية فيه (Thomas , 2006) ، وقد أكد **Kotler** (Kotler , 2006) على هذا المفهوم في وقت لاحق ، عندما بين أن المكانة الذهنية للمنتج هي حصوله على مكانة متميزة في أذهان العملاء . وعليه أصبح مفهوم المكانة الذهنية في البيئات التسويقية والإعلانية ، من أهم المفاهيم وأكثرها اتساعاً في الوقت نفسه ، فهي من جهة تعتبر أداة مهمة في الاستراتيجية التسويقية للمنظمة ، وتتسم بالثبات وعدم التغيير بسرعة ، لكن يجب أن لا تكون استراتيجية بحد ذاتها من جهة أخرى .

لكن وللخصائص التي تميز الخدمات عموماً ، والخدمة العلاجية خصوصاً ، فإنه من الصعوبة بمكان فصل خطوات الإنتاج والاستهلاك عن بعضها ، بل هي في كثير من الأحيان تستهلك الخدمة في أثناء إنتاجها دون إتاحة المجال للعاملين لفحص الجودة وتدارك الأخطاء حال وقوعها . كما يصعب تنميط الخدمات عند تقديمها ، أو محاولة تقديمها بنفس المستوى ، خاصة تلك التي تعتمد على العنصر البشري منها . لذلك كان لابد من البحث عن معايير تنسجم وطبيعة الخدمات العلاجية، وتمكنها في الوقت ذاته من تحقيق المكانة الذهنية المتميزة في أذهان المرضى .

إن توثيق التعاون مع المرضى القائمين والمحتملين ، من شأنه المساهمة في إعادة بناء المكانة الذهنية للخدمات المقدمة ، كما يعزز من اشتراك المرضى أنفسهم في صياغة وتنفيذ خطط وبرامج الترويج المنفذة في المستشفى ، أثناء بحثها عن رغبات وحاجات هؤلاء المرضى . فتعزيز المكانة الذهنية للخدمات العلاجية ، ينصب بالتوفيق بين رغبات وحاجات المرضى مع توجهات المستشفى ، والاستفادة من الأفكار الجديدة التي يطرحونها لتطوير عملية بيع الخدمات العلاجية المتاحة (Mckenna , 2001) .

وأصبحت تميل المستشفيات إلى تطبيق التقنيات المستخدمة في تسويق السلع المادية على قطاع الخدمات العلاجية ، حيث يسمح ذلك بتوسيع وتصنيف خطوط إنتاج الخدمة العلاجية ، والمراحل التي تمر بها عملية تقديمها مثل تكوين حزم الخدمة العلاجية ، والتسعير المناسب ، والمنشورات والملصقات والمطبوعات الدعائية ، والتي يتم من خلالها توفير المعلومات والتفاصيل اللازمة عن الخدمة والمكانة الذهنية المناسبة لها. فتصبح عملية تقديم السلع المادية بطريقة قائمة على التناسق والتناغم والتسلسل في كافة مراحل إنتاجها وتسويقها ، فيما تقوم عملية إنتاج الخدمة

بطريقة مختلفة غير واضحة بسبب عدم ملموسيتها ؛ لذا فإن تقديم هذه الخدمات بطريقـة ماديـة سيمكن قوى البيع من فهمها بصورة أشمل وأدق ، الأمر الذي يقلل من درجة عدم ملموسيتها عنـد تسويقها (Alhahn Consulting , 2002) .

وتبين الدراسات التسويقية أن خطوط إنتاج الخدمات التي تستخدم أسماء ماركـات معينـة ، تزيد من كفاءة استخدام وتسويق هذه الخدمات ، كما أنها تستمر لفترة زمنية أطول مقارنة بالخدمات التي لا تستخدم هذه الطريقة . ويمكن إبراز هذه الناحية بطريقة أوضح عنـدما تـرتبط الخـدمات بأسماء مماثلة لمنتجات وسلع مادية أخرى ، وتؤدي هذه الطريقة إلى إيجاد حالة من التوازن النسبي بين الطلب على الخدمات والسلع ، وتزيد من درجة ملموسية الخدمات لدى طالبيها من المرضـى ورجال البيع ، كما يمكن الاستفادة من القنوات التوزيعية والبيعية ومن إمكانياتها بطريقـة أكبـر . وتنفذ هذه الطريقة على مستويين ، الأول يتم من قبل مسوقي الخدمات العلاجية ويتطلب ذلك إيجاد حملات ترويجية قادرة على توفير معلومات مفصلة عن تلك الخدمات مثل الاسم والجـودة ، كمـا يتطلب هذا المستوى تعزيز التناسق والتناغم مع فرص الترويج واسـتخدام حـزم مـن الخـدمات العلاجية ، فيما يتطلب المستوى الثاني اهتمام الإدارة العليا ذاتها بعملية الترويج وهو ما يعرف بـ Buy In (Alhahn Consulting , 2002) .

وهنا قد تساهم إدارات المستشفيات في تعزيز مكانة الخدمات العلاجية التـي تبيعهـا فـي الأسواق المستهدفة ، لكن في كثير من الأحيان قد تفشل تلك المستشفيات في تحقيق أهدافها ، وذلك لأسباب تتعلق بدور الإدارة العليا فيها ، خاصة إذا كانت تلك الإدارات من النوع التقليدي الذي يتسم بالجمود النسبي ، وضعف في التركيز على القيادة والتخطيط الاستراتيجي . فالاتجاه الحديث يبـين الدور الذي يمكن تلعبه الإدارة العليا ، في ترويج خدماتها بجانب ما يقوم به العـاملون فـي هـذا المجال (Mckenna , 2001) .

من ناحية أخرى ، أصبحت المستشفيات تميل لخدمة شرائح صغيرة من المرضى Niching Services ، ويشمل هذا المفهوم تحديد السوق المستهدف بشكل أكثر دقة ، وعمليا فهو سوق صـغير لا تتوفر حاجاته ورغباته بشكل كافٍ ، ويتم إعادة تقسيمه إلى مجموعات أو شرائح فرعيـة مـن المستهلكين . فقد اتسع استخدام هذا المفهوم بشكل واسع في الخدمات التي تتطلب مهـارة وخدمـة كبيرة مثل الخدمات التخصصية الماهرة ، و تبين الدراسات أن المنظمات التي تستخدم هذه الطريقة هي الأكثر قدرة على تعزيز خدماتها المباعة في أذهان المستهلكين ، وتحقيقاً للأرباح بين مجمـل المستشفيات العاملة في القطاع ، كما تساعد هذه العملية في تمكين المستشفيات من استغلال الفرص

السوقية وتكامل الأنظمة العاملة فيها ، إضافة إلى إيجاد تنوع أكبر في الخدمات العلاجية المتاحة التي تناسب قاعدة أوسع من المشترين والزبائن المحتملين (Moench , 1996) .

أما إدارة الطلب ، فقد أصبحت جزءاً مهماً من التطورات الحديثة التي تساعد في تعزيز المكانة الذهنية للخدمة العلاجية . ويتضمن ذلك استخدام القرار ودعم الإدارة الذاتية وأنظمتها ، لتمكين وتشجيع المرضى على استخدام الخدمات العلاجية بشكل مناسب ، أو هي عمليات تتضمن المسئولية المشتركة التي تدعم الاستخدام الأمثل لموارد العناية الصحية للأفراد ، والعائلات، والعمال، والتباين الصحي في المجتمعات ويتضمن هذا المفهوم مجموعة أدوات تشمل : تحديد وقت تقدم فيه نصائح للمرضى حول قرارات العناية الصحية ، ومتى تجب إدارة العناية الصحية للمرضى المباشرين ، وتخمين المرضى المصابين بالمرض والمخاطر الناجمة عنه ، ودرجة علاج المرض والنتائج المتحققة ، والموارد المطلوبة لتوفير العناية المثلى للمرضى، ورقابة المريض خارج الوضع السريري ، وأخيراً ربط المعلومات الراجعة من المريض مع مزود الخدمة العلاجية .

أخيراً ، قد يلعب السعر أيضاً دوراً مهماً في تعزيز هذه المكانة ، فالأفراد يميلون لشراء بعض الخدمات العلاجية التي تشبع حاجاتهم الاجتماعية وتحقق لهم ميزة التفرد Uniqueness ، وتزداد قيمة الخدمة العلاجية اعتماداً على إدراك المريض ورغبته في زيادة درجة تميزه في المجتمع ، ولهذا فإن اختلاف قيمة الخدمة من مشترٍ إلى آخر ينبع من درجة التميز التي يسعى كل واحد منهم إلى تحقيقها . فالمريض الذي يظهر رغبة عالية في هذه الصفة ، سينظر عندها بأهمية مرتفعة للخدمة ، فيما تظهر بدرجة أقل لمن يبدي رغبة شخصية أقل في هذا التفرد (Amaldoss & Jain , 2005) .

اعتماداً على ما سبق ، يمكن القول أن هناك بعض المؤشرات التي يمكن من خلالها النظر إلى سمعة الخدمة العلاجية الأردنية ، وبالتالي الحكم على مكانة هذه الخدمات الذهنية لدى المرضى الأجانب ، وتبين المؤشرات أن المكانة الذهنية للخدمات العلاجية الأردنية ما زالت بحاجة إلى الإصلاح والصيانة في مكوناتها ، وهذه المؤشرات هي كالتالي :

- ضعف علاقة الاحترام واللباقة بين الكادر التمريضي و المرضى ، لنسبة وصلت إلى (56%) من مجمل المرضى (الوكالة الأمريكية للإنماء الدولي بالتعاون مع وزارة الصحة ، إعادة هيكلة القطاع الطبي ، 2005) .

- طول مدة انتظار المريض لأكثر من ساعتين للحصول على تشخيص الطبيب المختص (الوكالة الأمريكية للإنماء الدولي بالتعاون مع وزارة الصحة، إعادة هيكلة للقطاع الطبي ، 2005).

-تذمر نحو (70%) من المرضى من الأسعار التي تباع بها الخدمات العلاجية (**MOP, Medical Tourism , 2004 , p.23**).

-تذمر نحو (30%) من مجمل المرضى من الممارسات الطبية (**MOP, Medical Tourism , 2004 , p.23**).

-ضعف سمعة المنتج الطبي المحلي في الأسواق المحتملة (**MOP, Medical Tourism , 2004 , p.16**).

5.1.2 معوقات تطوير الخدمات العلاجية الجديدة

إن الوقوف على واقع قطاع السياحة العلاجية وتحديد المشاكل التي تواجه تنميته، من أولى الخطوات في التنمية والتطوير، وهنا أشار مؤتمر الأمم المتحدة للتجارة والتنمية **UNCTAD** ، أهم ما يعيق تطور قطاع السياحة العلاجية في منطقة الاسكوا **ESCWA** بشكل عام ، كما يأتي (**www.CSS-Jordan .org**):

-**العوائق الإدارية**: حرية انتقال المرضى وإجراءات الدخول والخروج من وإلى الأردن .

-**العوائق المؤسسية** : تفشي الروتين الحكومي داخل المستشفيات ، وازدواجية الصلاحيات والمسئوليات وضياعها ، وظهور البيروقراطية السياحية.

-**العوائق الترويجية** : تتمثل في ضعف قاعدة الترويج السياحي المتخصص ، وفي ضوئها تبرز الحاجة لإنشاء المؤسسات المسئولة عن تسويق وترويج قطاع السياحة العلاجية ، وتوسيع قاعدة النقل الطبي والسياحي ، والخدمات السياحية اللوجستية .

-**العوائق التخطيطية** : الحاجة إلى صياغة استراتيجية متكاملة لقطاع السياحة الطبية ، ومعالجة نقص البيانات والإحصاءات والدراسات المتعلقة به .

-**العوائق المالية**: تصب في مجال استقطاب الاستثمارات الأجنبية للقطاع ، وتوفير المؤسسات الائتمانية المتخصصة بالتمويل السياحي ، وتقليل الضمانات المطلوبة من المانحين **Donors** والممولين **Financiers** .

كما أشارت منظمة الاسكوا ذاتها في مكان آخر ، إلى مجموعة أخرى من المعوقات التي يمكن النظر من خلالها إلى عملية تطوير الخدمات العلاجية في الأردن ، نوردها كما يلي (الأمم المتحدة ، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا ، 2001 ، ص 21) :

-الافتقار إلى المعرفة بأهمية السياحة العلاجية والمنافع التي تخلفها ، والتـــي تتجـــاوز بمفهومهـــا الشمولي المنافع المادية إلى الجوانب المتعلقة بالتفاعل الثقافي والحضاري بين الدول.

-نقص العمالة الطبية والسياحية المؤهلة والمدربة في بعض الخدمات والأنشطة.

-الافتقار إلى سياسة تسويقية سياحية وطنية قادرة على توجيه المنتجات الطبية المحلية التي تناسب حاجات ورغبات الأسواق المستهدفة.

-ارتفاع العبء الضريبي على الأنشطة والمنافع السياحية المتخصصة مثل الرسوم المفروضة على تذاكر السفر، وأماكن الترويح والتسلية، وضرائب الدخل على المستشفيات والخدمات العلاجية.

-ضعف ملائمة البنى الأساسية والخدمات السياحية الأخرى مثل خدمات الترفيه والتسلية، والخدمات الرياضية والثقافية.

-ضعف التنسيق والتعاون في مجال تسويق السياحة العلاجية البينية مع الدول العربية .

-القيود المفروضة على إجراءات المنافسة في قطاع النقل الجوي .

2.2 تسعير الخدمات العلاجية

يختلف السعر عن بقية عناصر المزيج التسويقي الأخرى ، من حيث حساسيته العالية للظروف المحيطة والطارئة ، بينما تحتاج القرارات الأخرى المتعلقة بتخطيط المنتج وتوزيعه وترويجه لفترة زمنية أطول حتى تصبح نتائجها ظاهرة وملموسة . كما يعتبر السعر طريقة تلجأ إليها المنظمات لتعميق الإدراك حول المنتج في السوق ، باعتباره من أكثر الأسلحة التسويقية فعالية في التأثير على الزبون ، لذلك يُرى أن السعر يقترن بحزمة من المنافع المتوقعة تتحقق عند استهلاك المنتج أو الخدمة ، كما أن التكلفة الكلية للزبون هي حزمة من التكاليف المتوقع الحصول عليها من تقييم ، واقتناء ، واستخدام المنتج أو الخدمة ، وتمثل القيمة المنقولة للعميل الفرق بين القيمة الكلية والتكلفة الكلية له (Johnston , 2003, P.1) .

ويعتبر التسعير المظلة التي ينطوي تحتها السعر ، فهو نشاط تسويقي يرتبط بفلسفة المنظمة وتوجهاتها وأهدافها، ويتم بموجبه تحديد سعر المنتج وفق مجموعة من الأسس ترتبط بالتكاليف، وآلية السوق وفق العرض والطلب على المنتج ، وسياسات المنافسين ، والسياسات التسويقية المعتمدة في المنظمة لتسهيل مهمة الزبائن والموزعين ، وقدرة المستهلك على الدفع . ويعد اختيار السياسة السعرية عاملاً مهماً لتحقيق أهداف المنظمة المختلفة نظراً لتأثيرها الكبير على سلوك المستهلك وتفضيلاته من ناحية ، وسلوك المنافسين من ناحية أخرى . وعلى اعتبار أن السعر يلعب دور المرشد في تقويم النوعية والجودة ، وذلك للاعتقاد القائم بأن السعر المرتفع يرتبط بالنوعية الأفضل ، فالتسعير هو مسئولية إدارية مهمة يترتب عليها نتائج تشغيلية واستراتيجية فاعلة للمنظمة، فهي العنصر الأكثر سيولة وتأثيراً على الجانب المالي للمنظمة مقارنة بعناصر المزيج التسويقي الأخرى (Bhaskar & Krishnamurthi , March 2004, P.1).

ويزيد القرار التسعيري الملائم من حجم المبيعات ويحسن من الموقف المالي للمنظمة ، بينما يتلف التسعير الضعيف غير الملائم أداء المنظمة . وهناك مجموعة من الاعتبارات التسعيرية التي من الممكن أخذها بالاعتبار في الخطة ، لتجنب بعض الآثار التي قد تسببها المنافسة السعرية في بعض الأحيان ، فالتسعير المنخفض يوضع في المراحل الأولى لاختراق السوق ، كما أن وضع الأسعار المرتفعة يكون بهدف الحصول على هوامش ربحية أعلى ، ويكون في المراحل اللاحقة التي يتم فيها إدراك المنتج وأهميته **Perception Brand** ، إضافةً إلى أن التسعير المنخفض يلغي ويهمل أي منافسة محتملة في السوق (Lopilato , 2003, P.2) .

وتسترشد المنظمات بمجموعة أخرى من الاعتبارات عند تحديدها للسعر ، وهي تتعلق

بجانب المستهلك مباشرة حيث تشمل : تحديد السعر العادل للمنتج ، وملائمة السعر للقدرة الشرائية للزبائن ، واختلاف أسعار المنتجات أو الخدمات حسب الموقع الجغرافي ، وعدم الاهتمام أو التركيز على وضع أسعاراً منخفضة ، وتوقع السعر الذي يمكن تحديده اعتماداً على الميزة والمهارة السوقية، والنظر إلى التكاليف المرافقة للمنتج مثل البحوث، والتكاليف الإدارية، والنقل والشحن، والسفر (Chuck & Defiore , 2003, P.1) .

ونضيف لما سبق مجموعة أخرى تشمل : خصائص المنتج النادرة في دورة حياة المنظمة ، والاستثمار المرتبط به ، والسوق التصديري المستهدف ، ومستوى الأداء . ولتحقيق هذه الاعتبارات يجب تحديد العناصر التي تصنف على أساسها المنظمات ، وقد بينت الدراسات وجود فئتين تتضمن أربعة مجموعات من المنظمات التي تعمل في السوق الدولية وصنفتها كما يلي (Cavusgil , Chan & Zhang, 2003, P.1) :

1- **الفئة الأولى** : تحتوي على مجموعين أحدهما تمتاز بالمركزية العالية ولديها خبرات في التصدير، وأخرى تمتاز بانخفاض المركزية وارتفاع خبرات التصدير لديها ، ورغم اختلاف خصائص واستراتيجيات التسعير بين كلا النوعين ، إلا أنهما يقومان بطريقة متشابهة في تحديد الربح والاستثمار .

2- **الفئة الثانية** : وتتكون أيضاً من مجموعتين إحداهما الأقل التزاماً وقليلة الخبرة في السوق الدولي ، والأخرى تمتاز بنوع من الخبرة ولكنها ضعيفة الأداء ، وتمتاز كلتا المجموعتين بإعطاء التسعير أهمية منخفضة في استراتيجياتها كما تتسم بضعف في أدائها .

من جانب أخر ، واعتماداً على الاعتبارات السعرية التي تهتم بها المنظمات ، فمن خلالها يمكن التمييز بين مجوعتين من الأسعار التي تناسب كل نوع من المنظمات ، كما أنها تفسر الاختلاف بين السوق وخصائصه ، وهما :

1- **الأسعار المرجعية** Reference prices : وهي التي تحصل عندما يقرر الأفراد شراء منتجات معينة في ظل غياب المعلومات الكاملة والدقيقة عن البدائل المتاحة ، عندها يلجأ الأفراد إلى تلك الأسعار للقيام بعملية الشراء ، وقد يكون هذا السعر خارجي ناتج عن الإعلانات أو الأسعار التي يطلق عليها **shelf prices** مقارنة بالمنتجات الأخرى ، ويستخدم هذا النوع من الأسعار للتميز بين استراتيجيات التسعير و بين تقنياته **pricing tactics** (Bhaskar etal , March 2004, P.4).

2-الأسعار الاستهلالية المطلقة absolute prices thresholds : فترى بأن المدراء يخطئون في اعتقادهم بوجود سعر واحد مقبول للمنتج أو الخدمة ، والحقيقة أن المشترين لديهم حدود سعرية عليا ودنيا للمنتجات أو الخدمات التي يرغبون بشرائها وهذه الحدود ليست ثابتة ، وتعتمد هذه الأسـعار على مقدار إزاحة هذه الحدود اعتماداً على حجم المعلومات المتاح للزبون عن السعر الفعلي في السوق أو سعر منتج معين (Bhaskar etal , March 2004, P.4) .

آخر القول ، أن قدرة النظام التسويقي على توزيع الموارد والمدخلات الإنتاجية المتاحة بكفاءة وفعالية، وتنظيمها في العمليتين الإنتاجية والتسويقية لتلبية حاجات ورغبات المستهلكين تنصب ضمن ما يسمى كفاءة التسعير Pricing Efficiency . فقدرة السوق على القيام بوظيفته في تحقيق أهدافه والمحافظة على وظيفة التسعير ومهمتها الأساسية ، تقوم على حجم المعلومات المتاحة والقدرة على الإلمام بكافة المؤثرات السوقية المحتمل تأثيرها على المنظمة (Anderson , Ward , Koonoz , Peel & Trapp , 2000 , P.3) .

فالسوق المادي يتسم بصعوبة واضحة في تحديد مختلف المعلومات المتاحة التي يجب أن تشملها الأسعار ، وذلك لأسباب تتعلق بتنوع المعلومات وكثرتها أو ارتفاع تكلفة الحصول عليها. والحقيقة أن أسعار منتجي ومستخدمي موارد و مدخلات الإنتاج المختلفة لا تعكس المعلومات السوقية بكفاءة ، بسبب ميولهم الربحية والمبالغة في تحديد الأسعار . وبشكل متتالٍ فإن أي زيادة في جودة المعلومات المتاحة ودقتها ، أو الانخفاض في تكلفة الحصول عليها سيزيد من شفافيتها وواقعيتها في السوق، وترى الدراسات بضرورة الربط بين حجم المعلومات المتوفرة وكفاءة التسعير ، كما ترى أن عدم توفر المعلومات وصعوبة الحصول عليها يفسر الاختلاف بين السعر وخصائص السوق والخدمة المباعة ، ويؤدي إلى أخطاء كثيرة في تكوين السعر . و أخيراً إن اختلاف السعر الفعلي في السوق price dispersion عن السعر العادل ، ينجم إجمالاً عن ضعف الإلمام بالمعلومات المتعلقة بالمنتجات المماثلة في السوق ، وقد حاولت تلك الدراسات إثبات اثر العوامل التقليدية والعلاقات الاقتصادية المختلفة ، والتنبؤ بآثارها المختلفة على التسعير، لكنها أكدت على أن غياب المعلومات السوقية سيضعف من كفاءة وفعالية وظيفة التسعير بشكل عام(Anderson etal , 2000 , P.P 4-5 , P.20) .

1.2.2 العوامل المؤثرة في تسعير الخدمات العلاجية

تقاس الخدمة العلاجية وفقاً لمجموعة من البنود التي تدخل في عملية علاج المريض ، تشمل: الزيارات الدورية للطبيب وطاقم العلاج ، ومعدلات إشغال الأسـرة، والفحوصـات التشخيصـية والصور الشعاعية ، والوصفات الدوائية ووجبات الطعام . وتدخل المواد السابقة جميعهـا ضـمن المدخلات الإنتاجية الأولية وليس المنتجات النهائية ، فالمريض أو مستهلك الخدمة الصحية لا يقصد شراء مجموعة الخدمات الأولية، وإنما هي مشتقة من خدمة العلاج نفسها .

إن قياس تكلفة الخدمة العلاجية كمنتج نهائي يعني الأخذ بالاعتبار أثر التغير في إنتاجية تلك المدخلات ، والتطورات التكنولوجية الحاصلة على الخدمة النهائية ، ورغم أهمية ذلك الجانب إلا أنه يبين إمكانية مرتفعة لإحلال المدخلات الإنتاجية الأقل تكلفة ، دون أن يؤثر ذلك على نتيجة العلاج النهائية ، ويستوجب ذلك ضرورة تقييم كفاءة المدخلات والطرق العلاجية البديلـة علـى الخدمـة النهائية ، وانعكاسها على أسعار البيع ، كما تختلف البنود في عملية قياس تكاليف العلاج ، فمـثلاً يختلف سعر الإقامة داخل المستشفى باختلاف تشخيص المرض ، ودرجة تصنيف المستشفى ، ومدة الإقامة ، إضافة إلى أن وحدة قياس تكاليف العلاج لا تبدو في ظاهرها منسجمة مع مفهوم الإنتـاج كونه يشمل كل ما يمنح الرضا والإشباع والمنفعة للمريض (فالدستين ، 2002 ، ص 75-76) .

وتشمل التكاليف المترتبة على شراء الخدمة العلاجية مجموعة من النفقات تشـمل :نفقـات المستشفى مثل التسهيلات العامة والخاصة للأمراض المزمنة والحادة ، وعلاج المرضى المقيمـين (المنومين) والأدوية المصروفة داخل المستشفى، ومدفوعات الأطباء ، والنفقات المؤسسية مثل إنشاء بيوت العجزة، وسكن الممرضات، ومراكز الإدمان . أما نفقات الأطباء فتشمل رسـوم الخـدمات الصحية المقدمة من الأطباء، والرواتب والأجور، والنفقات المتخصصة الأخرى : مثل نفقات أطباء الأسنان ، والتخدير، والعناية وغيرهم ، ونفقات الأدوية والعلاجات ، أما النفقات الرأسمالية فتشمل البناء والإصلاح والمعدات والأدوات، والعيادات وصيانتها ، وأخيراً هناك مجموعة مـن النفقـات الأخرى تشمل سيارات الإسعاف، والصحة العامة، والنفقات الإدارية (Akaho & Others , Sep / Oct 1998).

كما يعتبر الوقت المخصص لشراء الخدمة العلاجية جزء مهم في حساب التكاليف الإجمالية لها وخاصة التكاليف غير المالية ، فتكاليف الانتظار للحصول على الخدمة ، وتكـاليف الحصـول على المواعيد ، أو الأوقات المنفقة في العيادات والمستشفى ، تؤثر في حجم الطلـب علـى تلـك الخدمات ، كما أن هذا الوقت يمثل تكلفة الفرصة البديلة ، التي كان من الممكن استثمارها في عمل

منتَج آخر (Ringel & Others , 2000 , P.2) .

أما حاجة الفرد للخدمة العلاجية ، فتعتبر من أبرز العوامل المؤثرة على درجة الاستجابة ، فكون تلك الخدمات ذات أهمية كبيرة بالنسبة للفرد على اختلاف عمره و مستوى دخله، فهذا يعني أن الطلب على الخدمات العلاجية قليل المرونة بالنسبة للتغيرات السعرية فيها . وذلك إضافة إلى مجموعة أخرى أقل أهمية من السعر قد تؤثر على مرونة الطلب السعرية تتمثل في دورة الحياة للخدمة العلاجية التي سنتطرق لها بالتفصيل فيما بعد ، ودرجة المنافسة في السوق ، وقنوات توزيع الخدمة ، واستراتيجية ترويجها ، وإدراك المستهلك لأهمية هذه الخدمة ، إضافة إلى مستوى الإنفاق عليها (Ringel & Others , 2000, P.2).

وتؤثر الخدمات العلاجية البديلة أيضاً في هذا المجال ، فتغيرات الطلب على خدمات الإدخال والتنويم تختلف آثارها السعرية عن الحالات غير المنومة Outpatient ، و تختلف بموجبها الخدمات العلاجية الوقائية ، ودرجة الاستجابة للمجموعات الخدمية المساندة مثل :الأعمال المخبرية، وزيارات الأطباء ، والفحوص التشخيصية والصور الشعاعية ، والصيدلية . وقد حاول الباحث Ringel ربط السعر مع كمية الخدمات العلاجية التي تقدمها المستشفيات ، حيث قام بتحليل الحساسية السعرية التي تتعلق بكل نوع من الخدمات ، والتي يمكن من خلالها تحديد أثر تغيرات السعر على طلب الخدمات العلاجية المختلفة ، ونلخصها في الجدول التالي رقم (6) :

الجدول رقم (6)

أثر تغير السعر على طلب الخدمات العلاجية

الخدمة العلاجية	نتائج تغير السعر
التسهيلات والخدمات العلاجية المقدمة للمنومين وغير المنومين **Inpatient versus out patient**	-مرونة الطلب السعرية بالنسبة للمنومين (10%) وتنخفض معها عدد مرات الزيارة ومدة الإقامة بنسبة (6%) و(17%) على التوالي، عند زيادتها بمقدار (1%) . -مرونة الطلب السعرية لغير المنومين نحو(11%) وتنخفض معها عدد مرات الزيارة ب(8%) عند زيادتها بمقدار (1%). -تتفاوت مرونة الطلب السعرية بالنسبة للأطفال المنومين وغير المنومين. -انخفاض قيمة التأمين الصحي يزيد من حساسية التغير في السعر لكلا الفئتين بنسبة (17%). -ارتفاع قيمة التأمين الصحي بين (25%-95%) يؤدي إلى انخفاض المرونة السعرية للمراجعين والمنومين بنسبة (31%) و (14%) على التوالي .
الخدمات العلاجية الوقائية والمزمنة **Acute and**	-مرونة الطلب السعرية على الخدمات الوقائية تصل إلى (43%) . -مرونة الطلب السعرية على الخدمات الحادة والمزمنة تصل إلى نحو (32%) و (23%) على التوالي.

chronic facilities	
الأدوية والوصفات العلاجية Drugs and perception	-إن الطلب على الأدوية غير مرن تجاه ارتفاع الأسعار بسبب أهميتها كمدخل علاجي ، وتقدر مرونة الطلب السعرية عليها بنسبة تراوحت بين (5%-8%).

Source : Ringel & Others , The Elasticity of Demand for Health Care , Review of Literature and It's Applications to The Military Health Systems 2000 .

وفقاً لما سبق، يعبر سعر الخدمة العلاجية عما يدفعه المريض للحصول على خدمة علاجية معينة، حيث يبنى تفضيل المريض وقبوله بالعلاج على عدة مقومات تشمل : الاستخدام الأفضل له، المواصفات والنوعية المتميزة، والأسلوب المناسب للعلاج والأدوات والزمان والمكان ، وسمعة المستشفى ، والأدوات العلاجية المستخدمة ، وتتحول هذه المقومات إلى مجموعة من المنافع تتوازن مع قيمة الخدمة المقومة عادة بالنقود ، ويفترض أن تكون المنافع المتوقعة أعلى من قيمة الخدمة في نظر المستهلك لحفزه على الشراء، أما إذا كانت هذه المنافع أقل من تلك المتوقعة، فإنها تكون طاردة له وتمنحه فرصة التوجه إلى شراء منتجات أخرى بديلة . لكن قد تختلف هذه العوامل في حالة الخدمات العلاجية بشكل واضح عن بقية الخدمات والسلع الأخرى نوردها كما يأتي في الجدول رقم (7) :

الجدول رقم (7)

العوامل المؤثرة على سعر بيع الخدمة العلاجية

العامل	التفسير
طبيعة الخدمة العلاجية	يعتبر الحصول على الخدمة العلاجية ذو أهمية كبيرة بالنسبة للأفراد على اختلاف أعمارهم ودخولهم ، وذلك لارتباطها بحياة الفرد و، الرفاهية الصحية التي يحصل عليها من هذه الخدمة
التشريعات والأنظمة الحكومية	تعنى هذه التشريعات بالرقابة على منتجي ومسوقي الخدمات العلاجية، ومدى التزامهم بالمعايير والأهداف العامة للدولة . كما ترتبط بإستراتيجية ترويج وتسويق الخدمة العلاجية ، وتختص بحماية المنتجين والمستهلكين على حد السواء ، لضمان السعر العادل الذي يضمن للمنتج النمو والبقاء والاستمرار ، إضافة إلى إمكانية قيام المستهلك بشراء النوعية والجودة المطلوبة .
حجم السوق	يتمثل ذلك بعدد مستهلكو الخدمة العلاجية في السوق أو ممن تشملهم الخدمة العلاجية ، ويشمل ذلك مختلف الفئات العمرية في المجتمع وأماكن تركزها في المناطق الريفية والحضرية . كما يؤثر حجم التغطية السكانية على مقدار ما يدفعه المشترين المحتملين وحجم إنفاقهم على شراء الخدمات العلاجية ، ومقدار الإنفاق الحكومي على شراء تلك الخدمات المتمثل في التأمين الصحي، و معونات الأفراد العلاجية .
التغيرات النوعية وظهور المنتجات	تدخل التغيرات السعرية في السلع والخدمات التي ترتبط بالخدمة العلاجية، في حساب التغيرات الحاصلة في الرقم القياسي لأسعار هذه الخدمات ، حيث يتم إحلال البنود السلعية والنوعية الجديدة مكان القديمة ، ويتم

الجديدة	الربط بينها من جهة التأثير على نوع الخدمة وما قد ينشأ عنها من خدمات علاجية جديدة بنوعية مختلفة .
الأدوية والوصفات العلاجية	يجمع المختصون أن إدخال الأدوية والوصفات العلاجية التي يحتاجها المريض أثناء عملية العلاج، قد تجعل المؤشر السعري أكثر تمثيلاً ، وتجنب التحيز في إدخال بنود معينة دون غيرها، كما يراعي المؤشر التغيرات السعرية الواقعة على تلك الأدوية جراء التحسينات والوصفات الجديدة أو ظهور منتجات بديلة جديدة .
خدمات المستشفى	تشمل خدمات الإقامة وإشغال الغرف ، واستخدام المرافق المختلفة ، ساعات التمريض، الفحوصات التشخيصية ، والخدمات الأخرى التي يتم تقديمها بصورة معتادة في المستشفى . وتجمع الدراسات في هذا النطاق وجود ما يزيد عن (12) خدمة أساسية تقدمها المستشفيات وتدخل بنفس الوقت في عملية تسعير الخدمة العلاجية .
التأمين الصحي	يعتبر التأمين الصحي من التغيرات النوعية الحديثة التي طرأت على مفهوم الخدمة العلاجية وأثرت في شكلها ، حيث تتأثر قيمة التأمين بعدد من العوامل تشمل التغير في أسعار الخدمات العلاجية التي يغطيها التأمين ، وقيمة فائض المستهلك – الفرق بين المبالغ النقدية التي يدفعها المستهلك وقيمة المنافع التي يحصل عليها– ، والتغيرات في عقد التأمين نفسه ، ومتوسط كمية خدمات التأمين الصحي المستخدمة . يمكن القول أن وجوب إدخال مختلف التغيرات التي تؤثر على قيمة التأمين قد يمكن من تحديد السعر العادل الذي يشمل مختلف الجوانب والبنود التي تشملها الخدمة العلاجية .
الخدمات الطبية المهنية	تنعكس التغيرات النوعية في الكوادر الطبية العاملة وتطور مهارتها وكفاءتها ، في تقديم الخدمة العلاجية ، على مستوى الخدمة المقدمة للمريض نفسه بشكل أفضل ، وهذه التغيرات المرافقة لسلوك الأطباء والمهن الأخرى عبر الزمن ، يجب أن تنعكس في سعر بيع الخدمة كلما أمكن ، رغم الاستثناءات التي يأخذها المؤشر في إدخال عدد من التغيرات النوعية في سعر تلك الخدمات لصعوبة قياسها أو إدراكها

المصدر : مقترح من الباحث .

يمكن القول أخيراً ، أن تنظيم سعر معين لبيع الخدمات العلاجية والصحية ، يواجه صعوبة كبيرة بسبب اعتماده على مجموعة من التكاليف المشتركة التي يتحملها المريض ، واعتبار الإنفاق على شراء تلك الخدمات من التكاليف الإضافية التي يتحملها المريض ، وكذلك التنوع في الكمية وطرق الاستخدام التي تفرضها طبيعة هذه الخدمات ، كما يعد الوقت عاملاً مهماً في حساب سعر الخدمة العلاجية من خلال أوقات الانتظار التي ينفقها المريض للحصول على الخدمة، ويعتبر الزمن الذي يخصصه الطبيب للمريض ذو آثار مالية يتحملها كلاً من المريض والطبيب ، كونه يعيق ممارسة أو أداء أية أعمال إنتاجية أخرى ، وعليه فإن مجمل تلك العناصر تجعل من الصعوبة بمكان تقدير سعر بيع الخدمة العلاجية بدقة وحساسية التغير في هذا السعر الناجمة عن التغير في الطلب أو أحد مكوناته . ورغم الجوانب الإيجابية التي يأخذها مؤشر السعر ، إلا أنه يواجه مجموعة من الانتقادات تتمثل فيما يلي :

-إهماله وعدم تركيزه على الإنفاق الحكومي والمشتريات التي يقوم بها على خدمات

ومستلزمات الرعاية الصحية المختلفة .
-صعوبة إدخال التغيرات النوعية والمنتجات الجديدة ، بشكل يثير التساؤل حول ما يقيسه السعر و ما يجب قياسه .
-تعدد واختلاف المدخلات الإنتاجية لكل مريض على حده ، بشكل لا يمكن معه إيجاد سعر واحد يشمل جميع الحالات المرضية .

2.2.2 طرق تسعير الخدمات العلاجية

تجمع الأدبيات التسويقية على وجود عدد من الطرق التي يمكن أن تتبعها المنظمات في تسعير منتجاتها ، مع ملاحظة إمكانية تطبيقها على تسعير الخدمات العلاجية التي تباع في المستشفيات الخاصة في الأردن ، وذلك كما يلي (kotler , Bowen & Makens , 2003 , P.P 464-469):

أ-التسعير القائم على التكاليف : Cost Based Pricing

تعتبر هذه الطريقة من أبسط وأوضح الطرق ، التي يمكن أن تتبعها المستشفيات في تسعير خدماتها العلاجية ، وهي تعتمد على إضافة هامش معين إلى مجمل التكاليف (الثابتة والمتغيرة) التي تتحملها المستشفيات أثناء إنتاج الخدمة العلاجية ، كما قد يكون هذا الهامش نسبة من سعر بيع الخدمة العلاجية . لكن يخضع هذا الهامش لاعتبارات المدراء الشخصية بعيداً عن ظروف المنافسة والسوق ، وبالتالي فإن هذا السعر الفعلي قد يكون أبعد ما يمكن عن السعر العادل الذي يعكس الخدمة العلاجية وخصائصها بشكل واضح .

و اللجوء إلى استخدام هذه الاستراتيجية يتضمن عدداً من الاعتبارات كما يلي :
-الشعور بالعدالة الاجتماعية من قبل المستشفى والمرضى على حد السواء ، والحصول على عائد مقبول للاستثمار .
- اعتماد التسعير على مصادر جاهزة للمعلومات دون الحاجة للاهتمام بدراسة حركة المستهلك ، وبالرسائل المختلفة للسوق .
-عدم الحاجة إلى القيام بتعديلات سعرية متكررة عند تغير ظروف الطلب .
-تقليل المنافسة السعرية بين المستشفيات التي تستخدم هذه الطريقة في التسعير، بسبب تشابه الكلف والهوامش الربحية فيها .

فالمستشفيات تخضع فيما بينها إلى مجموعة من الاعتبارات عند تسعير خدماتها العلاجية تشمل : الطاقة الاستيعابية ، والتكاليف المترتبة على معدلات الإشغال، وتشمل هذه التكاليف

مجموعتين إحداها تمثل التكاليف المتغيرة التي تمثل أسعار المواد الأولية الفعلية ومدخلات إنتاج الخدمة مثل الفحوص الأولية التشخيصية ، والأدوية والوصفات العلاجية، وأجور الأطباء الأخصائيين ، و الوجبات الأساسية . فيما تشمل التكاليف الثابتة اهتلاك المباني والمنافع والمرافق الطبية ، واهتلاك المعدات الطبية والتكنولوجية ، وأجور الكوادر المهنية والإدارية ، وتكاليف الخدمات العامة والمياه والكهرباء .

ب-التسعير القائم على نقطة التعادل : Break Even Point

تقوم هذه السياسة على تحديد نقطة التعادل التي يتساوى عندها حجم الإيرادات الكلية مع مجمل التكاليف الكلية ، بمعنى أن هذه الطريقة تقوم على الموازنة بين النفقات والإيرادات من جهة، وبين حجم النشاط أو العمليات من ناحية أخرى خلال فترة زمنية محددة . وتستند المنظمات في هذه الطريقة إلى تحديد السعر الذي يعادل كمية الطلب ، ويمكن معه تغطية التكاليف الثابتة التي يتحملها المستشفى مثل مصاريف الصيانة والكهرباء والإيجارات ، باستخدامها لما يسمى بهامش المساهمة **Contribution Margin** الذي يشير إلى مقدار الطلب حال انخفاضه ، أي بمعنى أنه يبين العلاقة بين السعر وحجم الطلب بطريقة تناسبية .

أما محاذير استخدام هذه الطريقة فهي كما يلي (فالدستين ، 2002):

- صعوبة إيجاد نقطة التعادل لكافة أنواع الخدمات بسبب الاختلاف في أرباحها وتكاليفها .
- صعوبة التمييز بين التكاليف الثابتة والمتغيرة في بعض الأحيان .
- استخدام هذه الطريقة يفرض استمرارية إعادة حساب بعض البنود مثل الأجور وأسعار المواد وغيرها دون تغيير خاصة على المدى الطويل .

ج-التسعير القائم على القيمة المدركة للخدمة العلاجية : Perceived Value Based Pricing

تتفاوت أهمية الخدمة العلاجية وفقاً لنوع وطبيعة المريض المشتري لها ، وهنا يترك قرار تحديد السعر الذي تباع به هذه الخدمة اعتماداً على تقدير وتقييم المريض لقيمة الخدمة العلاجية وشعوره بالرضا والإشباع والتفرد ، وكلما زادت القيمة المدركة من وجهة نظر المريض فهي تقَوم بسعر أعلى ، كأن تباع الخدمات المتعلقة بالقلب والشرايين والسرطان والتجميل بسعرٍ أعلى من خدمات الولادة أو العيون .

وتبين الدراسات أن المستشفى لا يستطيع وضع السعر بعد تصميم الخدمة العلاجية أو وضع البرنامج التسويقي المخصص لتسويق هذه الخدمة . فالسعر يعتبر من أكثر عناصر المزيج التسويقي التي يجب أن تحدد قبل وضع البرنامج التسويقي ، وتلجأ المنظمات إلى استخدام عوامل غير سعرية

في المزيج التسويقي بهدف التأثير على القيمة المدركة في أذهان المرضـــى ، لكــن يجــب علـــى المستشفى قبل ذلك معرفة قيمة الخدمة العلاجية المختزنة في أذهان المرضى بالطرق والأســـاليب التسويقية المناسبة لذلك .

إنه مـــن الصـــعوبة تطبيـــق سياســـات التســـعير الترويجيـــة **Promotional Pricing** أو **Psychological Pricing** في حالة الخدمات العلاجية في الأردن ، وذلك لكون أن الخدمة العلاجية ترتبط بحياة الإنسان وديمومته ، ومن المحاذير التي يبرزها الباحث في دعم وجهة نظره هذه مـــا يلي:

- يوفر منافع غير كفؤة بسبب وجود مقيدات على التبادل .
- يفرض محددات كثيرة على استخدام الخدمة العلاجية بسبب وجود الخصومات .
- لا تخبر المريض عن وقت حدوث الخصومات ومتطلبات الحصول على الخصم الترويجي .
- من الممكن أن لا يناسب وقت الخصم حاجة المريض ورغبته في العلاج .
- قناعة المريض بالعلاقة الارتباطية بين انخفاض السعر وتدني مستوى الخدمة المقدمة .
- من الصعوبة تقدير قيمة الخدمة العلاجية في أذهان المرضـــى وحجـــم إدراك المـــريض لهـــا، لارتباطها باستمرارية الفرد وحياته .

د-التسعير القائم على المنافسة : Competition Based Pricing

عندما تضع المستشفيات أسعارها بصورة رئيسية على أساس ما يفرضه المنافسون ، فـــإن سياساتها السعرية توصف بأنها موجهة تنافسياً . ففي بيئة تتسم بالمنافسة فإن بعـــض المستشـــفيات تلجأ إلى تحديد سعر بيع خدماتها العلاجية بناء على السعر السوقي أو السعر المرجعي الذي يبيع به المنافسون في السوق ، وذلك لتجنب المواجهة السعرية مع هؤلاء المنافسين والتي تسبب ما يســـمى بحرب الأسعار . ويتقرر ذلك اعتماداً على الوضع التنافسي الذي يحتله ذلك المستشـــفى (تـــابع أم قائد).

ولتنفيذ تلك الاستراتيجية على مستوى أسعار بيع الخدمة العلاجية ، فيجب الإلمام بما يلي :

-البحث عن المعلومات التي تمكّن من الإلمام بأسعار المنافسين .

-الصفة المميزة هي أن المنظمة لا تبحث عن إدامة العلاقة بين السعر والتكلفة أو الطلب . فالكلفة أو الطلب قد يتغيران ، إلا أن المنظمة تحافظ على سعرها لأن المنافسين يحافظون على أسعارهم ، وعلى العكس من ذلك فإن المنظمة تغير سعرها عند تغير سعر المنافسين حتى وإن لم تتغير تكاليفها أو حجم الطلب عليها (Oskin ,2002) .

بشكل عام تكون الأسعار مرنة نحو الأسفل بشكل يفوق مرونتها للأعلى ، وخلالهـا تلجـأ بعض المنظمات إلى محاولة تكييف الطلب على منتجاتها بإتباع عدد من الطرق التي تختلف حسب الزمان والمكان والمشتري (المريض نفسه) وتلائم أكبر فئة ممكنة من السوق . و يبـين الجـدول التالي رقم (8) المقارنة بين أسعار مجموعة من الخدمات العلاجية بين مجموعة من الدول المحيطة للأردن .

الجدول رقم (8)

مقارنة أسعار بيع بعض الخدمات العلاجية بين الأردن والدول المحيطة

ألف دولار

الخدمة /الدولة	الأردن[1]	مصر[2]	لبنان[5]
القلب المفتوح	11	7	
العظام	6-4	4	6.6
العيون	4	1.5	
جراحة الكلى	1.5	0.35	0.52
زراعة الكلى	20-15	N.A	
المساعدة على الإنجاب	2.2	1.4	1.9
الولادة الطبيعية	0.3	0.175	
الولادة القيصرية	0.7	0.87	0.28
القسطرة	1	1.7	
عملية تجميل الأنف	1	0.52	
الكشف الطبي (دولار)	15-10	13	10
رسوم المراجعة (دولار)	8-3	6	Free
الحد الأدنى لراتب الطبيب (دولار)	500	50	700
رسوم الإقامة في الغرف (دولار)	130-30	N.A	30

المصدر : 1 وزارة الصحة الأردنية ، بيانات غير منشورة ، 2006 .

2 : وزارة الصحة المصرية ، بيانات غير منشورة ، 2006 .

3 :مستشفى بيروت www.bguh.gov.lb/Price_list.aspx

نستنتج من الجدول السابق ما يلي :

-تشهد أسعار الخدمات العلاجية في الأردن ارتفاعاً واضحاً يفوق معظم الدول المنافسة في هذا المجال ، خاصة إذا علمنا أن هذا الارتفاع تجسد في الخدمات العلاجية الأساسية التي تحتاج تكنولوجيا واستثمارات رأسمالية متطورة مثل عمليات القلب المفتوح، العظام ، العيون، زراعة الكلى.

-ضعف الحوافز النقدية المقدمة للأطباء العاملين في الدول المحيطة بالأردن خاصة سوريا ومصر، الأمر الذي ترتب عليه تسرب القوى المؤهلة للعمل في قطاعات أو دول أخرى للحصول على مزايا وظيفية أفضل .

-هناك علاقة واضحة وقوية بين درجة التطور الاقتصادي والقدرة الشرائية للسكان ، وبين أسعار الخدمات العلاجية المباعة .

3.2.2 أسعار الخدمات العلاجية المحلية

تبين التعليمات والقوانين الصادرة في الأردن ، مسؤولية وزارة الصحة بشكل كامل عن تحديد الأسعار والرسوم الواجب استيفاؤها من المرضى في القطاعين العام والخاص ، فمن جهة تقوم نقابة الأطباء بتحديد الرسوم والأجور التي يتقاضاها الأطباء بعد التنسيق مع وزارة الصحة ، كما تقوم جمعية المستشفيات الخاصة بالتنسيق مع الوزارة أيضاً لتحديد الأسعار التي تباع بها حزم الخدمات العلاجية . ويشهد السوق المحلي تماثلاً في أسعار بيع الخدمات العلاجية في السوق المحلي خاصة في المستشفيات الخاصة ، وتفيد هذه الآلية في تجنب الازدواجية السعرية في بيع الخدمات العلاجية والحد من الارتفاع الكبير فيها ، ولحساسية الطلب الخارجي المرتفعة تجاه أسعار البيع ، وارتباطه بمستويات عالية من الجودة والنوعية .

أما عن الكيفية التي تتم بها عملية تسعير الخدمات العلاجية في الأردن ، فيختص القطاع الحكومي بتقديم الخدمات العلاجية الأولية والمتوسطة ، لفئة معينة من السكان تشمل موظفي القطاعين المدني والعسكري بأجور رمزية تناسب قدرتهم الشرائية . ويعد نظام التأمين الصحي المدني رقم (83) لسنة 2004 ، الصادر بمقتضى الفقرة (ج) من المادة (66) من قانون الصحة العامة رقم (54) لسنة 2002، المرجع الأبرز الذي ينص صراحة على رسوم المعالجات الطبية في القطاع العام ، حيث يبين ما يلي :

1-الإعفاء الكامل من رسوم المطاعيم والأمصال ، وخدمات الأمومة والطفولة وتنظيم

الأسرة، والفحوص الطبية ، التلاسيميا ، وفحص الدم ، وخدمات الصحة المدرسية .

2-الإعفاء من أجور المعالجات الطبية لحالات تستوجب العزل والحجر الصحي ، والإصابة بحوادث ناجمة عن كوارث طبيعية أو أوبئة أو حوادث جماعية .

3-رسوم رمزية تستوفى من المصابين بالأمراض النفسية والعقلية ، ونزلاء التنمية الاجتماعية ، والمدمنين على الكحول والمخدرات والمؤثرات العقلية ، وطلبه المدارس الحكومية الفقراء ، والمصابين بالأمراض المزمنة مثل التلاسيميا ، فقر الدم اللانسيجي ، نقص العامل المناعي بالدم (غاما) ، والسرطان ومضاعفاته ، والتليف الكيسي .

4-لا تستوفى أجور المعالجة وأثمان الأدوية أثناء الإقامة في المستشفيات من المشترك وغير المقتدر، والمعاق ، وأي منتفع ، والمتبرع بالدم ، وحاملي بطاقة التبرع بالأعضاء والتأمين الصحي.

أما المادة (38) من النظام رقم (2) لسنة 1987 المعدل لنظام المستشفيات الخاصة ، فتعتبر المرجع الأبرز لتسعير الخدمات العلاجية في القطاع الخاص . وترى ضرورة قيام كل مستشفى بالتنسيق مع المنظم الرسمي للقطاع ، لأغراض تحديد أجور الإقامة والخدمات والمعالجة فيه باستثناء أجور الأطباء ، وضرورة الإعلان عنها بلوائح مطبوعة ومصدقة، ونورد تالياً أهم الملامح السعرية لمجموعة من المستشفيات الخاصة في الأردن وهي : المستشفى الإسلامي، والمركز العربي للقلب والجراحة العامة ، ومستشفى عمان الجراحي في الجدول رقم (9) :

الجدول رقم (9)

أسعار الخدمات العلاجية في بعض مستشفيات القطاع الخاص

في الأردن لعام 2004

الخدمة العلاجية	سعر الخدمة العلاجية (دولار)
أجور الإقامة في الغرف	190-30
أجور غرف العمليات	155-60
تخطيط القلب	55
عملية فتح شرايين القلب	420
غسيل الكلى	100

تخطيط الدماغ	60
تصوير الشريانات	230-140
جهاز التنفس الاصطناعي	25
زيارة الطبيب للمنزل	40
أجور غرفة العمليات	80
أجور الطبيب الجراح	170
أجور طبيب التخدير	50

المصدر : وزارة الصحة ، بيانات غير منشورة ، 2004 ، عمان .

4.2.2 حساسية الطلب الخارجي لأسعار بيع الخدمات العلاجية المحلية :

تشير الأدبيات السعرية إلى عدم أهمية السعر المطلق ، في التأثير على حجم الطلب ، دون النظر إلى العوامل المؤثرة على هذا السعر ، ودرجة حساسيته واستجابته لتلك المؤثرات ، ومن هنا فقد قمنا في هذه الدراسة بتقدير أثر تغير سعر بيع الخدمات العلاجية المحلي على حجم الطلب الخارجي على تلك الخدمات بها ، وكانت نتائج التقدير على النحو التالي :

الجدول رقم (10)

مرونة الطلب الخارجي السعرية على الخدمات العلاجية في الأردن

الدولة	معامل التغير	نوع الطلب
اليمن	-0.077	غير مرن
السعودية	-0.0125	غير مرن
البحرين	-0.0577	غير مرن
سوريا	-0.00577	غير مرن
عمان	-0.00503	غير مرن
العراق	-0.00523	غير مرن

فلسطين	-0.0267	غير مرن
السودان	-0.0115	غير مرن
ليبيا	-0.031	غير مرن

المصدر :تقدير الباحث اعتماداً على البيانات المنشورة عن مديرية السياحة الطبية العلاجية ، 2004.

وتبين نتائج التقدير في الجدول السابق رقم (10) إلى ما يلي :

-اعتماداً على نتائج معامل التحديد R^{-2} في معظم الدول الواردة في الجدول ، فإن التغيرات السعرية تفسر نسبة تتراوح بين (2%-23%) من التباين في حجم الطلب على الخدمات العلاجية المحلية .

-وجود العلاقات العكسية بين السعر والكمية لجميع الدول الواردة في الجدول، مطابق للأدبيات المعروفة في هذا النطاق . فمعامل مرونة الطلب السعرية دائماً سالب كونه يعكس قانون الطلب ، ومع ذلك جرت العادة على إهمال الإشارة السالبة والأخذ بالقيمة المطلقة لمعامل المرونة (نصر وشامية ، 1992 ،ص111) .

-يفسر الطلب غير المرن بأن زيادة سعر بيع الخدمة العلاجية بنسبة معينة ، فإنه يولد طلباً بنسبة أقل على الخدمات العلاجية ، مما يعني أن الصحة هي سلعة عادية يتأثر الطلب عليها بارتفاع السعر وانخفاضه .

-تعتبر الأسواق السورية والعراقية والعمانية الأقل حساسية للتغيرات في سعر بيع الخدمات العلاجية، ففيها تقترب قيمة المرونة من الصفر ، مما يعني أن الطلب في تلك الأسواق يمكن أن يؤول إلى كونه عديم المرونة ، وهذا يعني أن التغيرات في الطلب لا تعزى إلى تغيرات في السعر، وإنما تعزى التغيرات إلى عوامل أخرى كالجودة مثلاً .

-يعتبر السوق اليمني الأكثر استجابة للتغيرات السعرية ، فتخفيض سعر البيع سيؤدي إلى زيادة حجم الطلب بكميات أكثر ، وذلك بسبب حاجة السوق الكبيرة للخدمات العلاجية المحلية. كما قد تساهم الاتفاقيات العلاجية المبرمة في نقل جزء من التكلفة المالية المباشرة التي يتحملها المريض اليمني إلى جهات أخرى مثل التامين الصحي اليمني أو المساعدات العلاجية الحكومية هناك .

من ناحية أخرى وبشكل أكثر تفصيلاً ، يظهر الجدول رقم (11) نتائج تقدير مرونة الطلب الخارجي لتغيرات سعر بيع الخدمات العلاجية المحلية وفق نوع المريض القادم سواء كان منوماً أم

غير منوم .

الجدول رقم (11)

مرونة الطلب الأجنبي السعرية حسب حالة المريض

الخدمة	معامل التغير	مؤشرات إحصائية أخرى
خدمات المنومين	0.07157	R^{-2}=0.18 F=0.074
خدمات غير المنومين	-0.283	R^{-2}=0.21 F=1.26

المصدر : تقدير الباحث اعتماداً على البيانات المنشورة عن مديرية السياحة الطبية العلاجية .

ونستنتج من الجدول السابق رقم (11) ما يلي :

1- سجل طلب الأفراد غير المنومين **Outpatients** ، طلباً سالباً غير مرن تجاه التغيرات السعرية، و تبرز هذه العلاقة حسب النظرية الاقتصادية في أن زيادة السعر سوف يؤدي إلى تخفيض الطلب بدرجة أقل من تلك الزيادة . ويفسر ذلك على أساس أن المستهلك يمتلك فترة كافية لاتخاذ قرار الشراء والتحول نحو أسواق أخرى . كما يبين معامل التحديد المعدل R^{-2} أن التغير في السعر يفسر (18%) من التباين في الطلب ، وتعزى النسبة الباقية الأخرى (82%) إلى عوامل أخرى ترتبط بالدخل ، والجودة ، والمكون الثقافي للمجتمع وأنماط حياته ، وميوله نحو الخدمات الدولية وغيرها.

2- سجلت خدمات المنومين **Inpatients** طلباً يقترب من الآحادية (آحادي المرونة) في التأثير على الخدمات العلاجية ، كما تفسر التغيرات السعرية نسبة تصل إلى (21%) من التباين في حجم الطلب ، لكن ما يميز هذه الخدمات الحاجة الملحة إليها، وعدم إمكانية تأجيلها أو الاستغناء عنها في الوقت الذي تطلب فيه ، وبالتالي فإن المريض ليس لديه فرصة أو وقت كافي لاتخاذ القرار التحول إلى مستشفيات أخرى .

يمكن القول أخيراً ، أن المستشفيات المحلية في فرضها للحدود السعرية العليا لخدماتها العلاجية وفقا لطريقة التسعير القائمة على التكلفة ، إنما تقصد في ذلك إلى زيادة هوامشها الربحية بشكل رئيسي دون النظر إلى الاعتبارات الأخرى ، و تبين أيضاً عدم جود آثار لظاهرة الحروب السعرية بين المنافسين العاملين في قطاع الخدمات العلاجية ، كما تبين أن المحدد الرئيسي لأسعار بيع الخدمة العلاجية هو حجم المستشفى ومستوى الخدمات التي يقدمها، وذلك بعد موافقة وزارة

الصحة على تنفيذ تلك الأسعار . ونضيف أن المستشفيات العاملة تلجأ في تحديد أسعارها إلى سعر البيع الذي يحدده القائد في السوق (هو بالعادة من المستشفيات الكبيرة مثل ، مستشفى الأردن ، أو الخالدي ، أو المركز العربي للقلب والجراحة العامة ، أو مستشفى عمان الجراحي ، أو المستشفى الإسلامي) ، وذلك دون البحث في عناصر ومكونات هذا السعر ، ما إذا كان مناسباً لمستوى وحجم الخدمة المقدمة في تلك المستشفيات أم لا يناسبها .

ونضيف أيضاً مجموعة أخرى من العوامل التي تؤثر على عملية تسعير الخدمات العلاجية في الأردن ، كما يلي :

-ضعف المعلومات السوقية المتوفرة عن تكاليف الخدمة العلاجية ، وأسعار المنافسين، وخصائص الأسواق المستهدفة .

-الانخفاض النسبي في معدلات الإشغال في المستشفيات الأردنية ، مما سبب ضغوط مالية لتحقيق النمو والاستمرارية .

-ارتفاع التكاليف الثابتة في المستشفيات ، وارتفاع متطلبات صيانة وتطوير المعدات والأدوات الطبية المستعملة .

-سوء تخطيط الاستثمارات في قطاع الخدمات العلاجية واتساع حجم الاستثمارات غير المرغوبة منها .

-المنافسة غير السعرية بين المستشفيات العاملة بشكل أضعف من اعتماد عملية التسعير على ظروف الطلب والعرض .

-أن طريقة التسعير المطبقة حالياً في الأردن هي القائمة على التكلفة ، وعليه يجب قيام المنظم بمزيد من الإجراءات ، التي تحد من مبالغة مستشفيات القطاع الخاص في تحديد تلك التكاليف المتغيرة والهوامش الربحية القائمة عليها ، والمطالبة بمزيد من الشفافية في تحيد أسعار بيع خدماتها العلاجية .

3.2 ترويج الخدمات العلاجية

لقد كان الترويج التقليدي قائماً على التغيرات البطيئة التي تحدث في منظمـــات الأعمـــال ، والتي بدورها تستخدم التكنولوجيا المتقادمة في الدعاية والإعلان ، فيما شـــهد التـــرويج الحـــديث تسارعاً في بيئة الأعمال ، وانتقال المنتجات بسرعة كبيرة جداً ، ففكرة اليوم قد تكون منـــتج الغـــد (Mckennal , 2001) . كما تغير بموجب تلك النظرة أهداف الترويج وأدواته المختلفة ، فأصبحت هذه النظرة تهدف إلى التركيز على العميل ، وتهتم بمصادر المعلومات المستلمة من العمـــلاء – Feed Back ، والتي تزيد من قدرة المسوقين من السيطرة على تلك المعلومات ، وتحسن من الرقابة على قنوات الاتصال التي تصنف إلى خمسة قنوات (إشرافية ، تعاقدية ، وكالة، تبادليـــة ، إخباريـــة) (Patterson , O'malley & Evan , 2004) .

ويستخدم الترويج في الغالب لحث المشترين على شراء المنتج بشكل قد يفـــوق احتياجـــاتهم الفعلية له ، فهو يحفز الشراء في الأوقات غير الاعتيادية ؛ و قبل ظهور الحاجة للمنـــتج. وكيفمـــا تؤثر بيئة الترويج التنافسية على منحنى تعلم العميل Learning Curve ، فهذا يجعله يعـــدل مـــن قراراته الشرائية وأنماطه السلوكية تجاه منتج معين (Sutharland etal , 2004, P.1) . كمـــا يعنـــي الترويج أيضاً القيام بعملية الشراء باكراً أو تكرارها لعدة مرات خلال فترة الترويج ، فيما تركـــز مرحلة ما قبل الترويج على جهود انتظار عملية الترويج . وقد وجد أن المنظمات الكبيرة الناضجة ، التي تبيع بأسعار مرتفعة ، وتمتلك حصة سوقية مرتفعة ، من الممكن أن تتأثر مبيعاتها كثيراً خلال فترة الترويج، فيما قد يلجأ بائعو التجزئة إلى محاولة زيادة الهوامش الربحية خلال فترات الترويج (Mace & Neslin , 2003) .

أما مفهوم ترويج الخدمات العلاجية ، فقد نشأ لأسباب عديدة منها ما هو نابع بفعـــل جهـــود المسوقين الفعلية ، ومنها ما تم بشكل افتراضي Virtual نابع من علاقة المصلحة المتبادلـــة بـــين المريض والمستشفى ، إضافة إلى دور جهود الترويج التجاري ودور مدراء المستشفيات في تقصي الفرص واستخدام الأدوات الإبداعية لجذب المرضى الجدد .كما يمكن القول أن الاهتمـــام بتـــرويج الخدمة العلاجية جاء لعدد من الأسباب كما يلي (Rossiter and Bellman, 2003, P.1) :

- ارتفاع درجة تعلم المرضى ومستوى الوعي الطبي لديهم .
- زيادة حجم الخدمات العلاجية وتنوعها في السوق .

- تسهيل مهمة الاتصال بين المرضى ومزودي الخدمة العلاجية ونقل المعلومات اللازمة لهم.
- انتشار وسائل الإعلان واتساع نشاطها واستخداماتها .
- إمكانية تقديم الخدمات العلاجية لمناطق متعددة ومتباعدة .
- زيادة درجة المنافسة بين المستشفيات لكسب المرضى وطالبي العلاج .

ويأخذ مفهوم ترويج الخدمات العلاجية أبعاداً مختلفة ، من حيث الجوهر أو الإطار العام مقارنة بالمنتجات الأخرى ، ويكمن ذلك الاختلاف في الهدف التأثيري الذي تسعى إليه المنظمات الصحية ، وهو المتمثل في خلق سلوك إيجابي يعود بالنفع العام للمجتمع ككل ، وليس على الفرد بذاته، وذلك بتطوير نوعية وكمية الخدمات العلاجية المتاحة في السوق أمام الجميع . و يعمد المستشفى من خلال نظام الاتصالات التسويقية إلى إرسال واستلام معلومات دقيقة بالشكل الذي يؤدي إلى إحداث تحسين وتطوير في حالة المريض الصحية ، وبما يساعده على تحقيق الشفاء والعودة إلى الحالة الطبيعية قدر المستطاع وبأسرع وقت ممكن ، أو أن يكون الهدف منها هو الحيلولة دون حدوث الخطر الذي قد يصيب هؤلاء الأفراد (D'astous etal , Sep 2004). ولعل خصائص الخدمات العلاجية أيضاً تفرض عدداً من الاعتبارات التي يجب إدراكها عند الترويج وهي كما يلي (D'astous etal , Sep 2004) :

-عدم ملموسية الخدمات وصعوبة تقييمها قبل عملية الشراء .

-أنها تستهلك في وقت إنتاجها وبالتالي لا يمكن تخزينها أو إعادتها . فتتسم عملية شراء الخدمات بالمخاطرة ، ولا يمكن الاعتماد على ردود أفعال المستهلكين بسبب عدم تماثلها وصعوبة أو محدودية الحصول على المعلومات قبل الشراء.

-دور الترويج في تشكيل الحصة السوقية ، وزيادة حجم المبيعات ، وتأثيره على تغيير توقيت المبيعات أكثر من تغيير شراء خدمة معينة (Sutharland , Duke & Abernethy, Winter 2004, P.P. 1).

-تحديد الجمهور المستهدف بوضوح ، واستخدام برامج التسوق المتكررة والكوبونات ، بهدف التحول نحو خدمات معينة (Sutharland etal , Winter 2004, P. 1).

-تجنب استخدام الترويج في الأنماط الشرائية القابلة للتنبؤ ، لأن ولاء المستهلكين يعلمهم بتعديل أنماطهم ، وهذا السلوك يمكن أن يلغي التحول لخدمة معينة (Sutharland etal , Winter 2004, P.2).

-وعي المنظمات للمحفزات السوقية القائمة على نماذج التقدير الكمي ، فهذا يؤدي إلى تضخيم عوائد المبيعات رغم زيادة نشاطها الترويجي (Sutharland etal , Winter 2004, P. 1).

ويتعامل ترويج الخدمة العلاجية ، مع ثلاثة جهات أساسية تشكل بمجموعها معادلة الترويج لتلك الخدمة وهي: الطبيب الذي يقدم الخدمة العلاجية ، والمريض الذي يطلب هذه الخدمة ، والتأمين الصحي الذي يتحمل العبء المالي لنفقات العلاج في معظم الحالات ، حيث تركز المستشفيات على الجهة الأخيرة ، وتسعى إلى استقطابه والعمل على إرضائه وإشباع حاجاته (Maratea , 1984, P.1).

كما يتطلب دخول الخدمات العلاجية إلى الأسواق الخارجية ، وجود مجموعة من الاعتبارات التي تعزز من دخولها وهي كما يلي (Kashani & Quelch , May June 1990, P.P 2-3) :

1-**التنمية الاقتصادية** : ينظر إليها من خلال محددات القدرة الشرائية ، ومستوى التعليم والأمية في السوق المستهدف . ولهذا يجب على المسوقين عند ترويج الخدمات العلاجية ، استخدام الأدوات المناسبة لكل سوق على حده ، فمنهم من يفضل الترويج السعري Price Promotion ومنهم من يستخدم القيمة المدركة كأساس للدخول إلى تلك الأسواق.

2-**درجة نضوج السوق** : فهي تختلف تبعاً لمعدلات النمو والهيكل التنافسي فيها ؛ فقد تواجه بعض المنتجات عند دخولها مستويات ضعيفة من المنافسة المباشرة، فيما تواجه الأخرى منافسة شديدة في الأسواق الأكثر نضجاً وتطوراً ، ويعكس هذا ضرورة استخدام أدوات الترويج التي تناسب كل مرحلة وتعزز ولاء العميل فيها ، كما ينعكس على تكاليف الترويج وجذب العملاء .

3-**هيكل التجارة** : وذلك من خلال تأثيره على عملية ترويج المبيعات من ناحية أنظمة التجزئة والجملة في المنتجات .

4-**مواقف خاصة** : وتشمل مستويات التضخم في السوق المستهدف .

5-**الأدوات الترويجية** : فلا يسمح باستخدام تخفيضات سعرية ، أو إعطاء حوافز سعرية تجارية عند بيع الخدمات العلاجية في الأسواق التي ترتفع فيها معدلات التضخم سريعة التغير . كما إن ترويج الخدمات العلاجية القائم على التخفيضات السعرية غير مجدي مقارنة بالعروض الترويجية ، وتترك المستهلك حرية اختيار حزمة الأدوات الترويجية التي تقدمها المنظمة بما يناسب ميوله وتفضيلاته ودخله (D'astous, Legoux & Colbert, Sep 2004) .

بشكل أكثر تفصيلاً ، يمكن القول أن هناك مجموعة من أدوات الترويج التي يمكن للمستشفيات استخدامها ؛ فاستراتيجيات تنويع الخدمات لها أثر على معدلات الأشغال أو نسبة الرسوم المدفوعة . أما في حالة المرضى غير المنومين **Outpatients** (مراجعو الطوارئ وعيادات الاختصاص) فيمكن استخدام مجموعة من الأدوات الترويجية تشمل وجود مكاتب مختصة للأطباء، وخدمات العناية الصحية المنزلية ، والاستشارات الطبية الخارجية المجانية التي تؤدي إلى زيادة منافع الترويج على المدى الطويل رغم محدودية آثارها على معدلات الأشغال والإيرادات المالية للمستشفى . أما الاستراتيجيات الموجهة للمرضى المنومين **Inpatients** مثل : الجراحة العامة ، والعناية المكثفة **Intensive Care** هي أكثر تأثيراً على معدلات الإشغال والعوائد الربحية المتوقعة للمستشفى ، ورغم تباين النتائج التي تحققها كل أداة ترويجية على حده ، فإنه يجب التأكيد على التكامل بين خدمات المنومين وغير المنومين من ناحية الإشغال والعوائد المتحققة (**Howard , Neill & Annette, Dec 1991**) .

لقد أصبحت التكاليف العلاجية في الوقت الحالي كثيرة الأهمية ؛ بسبب اتساع نطاق المنافسة بين المؤسسات التي تبيع الخدمة العلاجية للمرضى المنومين وغير المنومين (المقيمين وغير المقيمين) . فالمريض يسعى إلى إشباع حاجات معينة ودقيقة ، في المكان والزمان المناسبين له . ومن هنا فإن صيانة وتطوير هذه العلاقة يبدو أكثر سهولة من خلال تطوير العلاقات الإيجابية الجيدة باتجاه التأثير على ميوله وقبوله بأقل ما يمكن من هذه التكاليف ، وتنويع حزم الخدمات العلاجية الترويجية التي تناسب قدراته الشرائية وتحقق حاجاته ورغباته المختلفة (**Maratea , 1984 , P.2**) . وتتضمن تلك الحزم كافة المعلومات والتفاصيل التي يحتاجها المريض لتقليل وقت البحث عن تلك الخدمات ، وأماكن وجودها، وإتباع استراتيجية سحب الطلب **Pull-Demand** قبل المنافسين (**Gwin & Ong , Jul/August 2002**).

كما يمكن أن تستخدم المستشفيات مجموعة من الحوافز الجاذبة للطلب ، أثناء ترويج الخدمة العلاجية وهي تشمل :التكامل والارتباط مع المنظمات الأخرى كالنقل والفنادق والمطاعم وغيرها ، وتوفير قائمة بأسماء المرضى ، وتوزيع الملصقات والمنشورات الطبية، والترويج خلال المناسبات والأحداث الخاصة ، والتركيز على استخدام الهاتف الطبي ، والمظهر اللائق والبشاشة كطريق للنجاح ، وإيجاد بطاقة العمل كأداة للمبيعات **Business Card** مثل الصور والطوابع (**Colwell , April 1993**).

وتضاف أيضاً الخدمات اللوجستية كمجالاً جديداً ، قد يؤثر على ترويج الخدمة العلاجية، ويمكن من خلاله تحسين العلاقة القائمة بين المريض والمستشفى ، وتشمل تلك الخدمات نقل المرضى بسرعة وكفاءة ، والحفاظ على الحالة الصحية للمريض أثناء نقله بصورة إيجابية قادرة على صون حياته وحفظ كرامته . حيث تصب هذه الخدمات في صالح الترويج من خلال زيادة وتحسين الحصة السوقية، وخدمة المريض في مكان وجوده **Mass Customization** ، وخلق استجابة فعالة قوية للمريض ، وخلق قيمة مدركة عالية من الخدمة العلاجية المقدمة ، وإيجاد تصميم تسويقي مكمل للخدمة العلاجية ، وتوفير ميزة تنافسية للمستشفى ، والتأثير الإيجابي القوي على المريض وأداء المستشفى، وأخيراً تقييم السوق المستهدف والتغذية الراجعة.

رغم استعراض معظم ملامح الترويج وما يرتبط به من أدوات مختلفة، إلا أن هناك بعض العناصر التي تميز ترويج الخدمات العلاجية عن الترويج بمعناه العام ، ويؤكد الباحث **Mortimer** ذلك الاعتقاد في أن طريقة ترويج الخدمات تختلف عن السلع، حيث ينصب ذلك (**Mortimer, 2000**) الاختلاف في حجم المعلومات التي يتضمنها الإعلان لكل منهما ، رغم أن هذه العلاقة ما زالت غير مفهومة. كما ترى إحدى نظريات الترويج أن الخدمة العلاجية بحاجة إلى المزيد من الملموسية بهدف المساعدة في صناعة قرار الشراء ومساعدة الإعلان من جهة أخرى في توفير معلومات حقيقية للمشتري ، وتبين الدراسة أن إعلانات المنتج تحتوي على معلومات أكثر مما تتضمنه الخدمات . وتثبت النتيجة أن هناك تبايناً في حجم ونوعية المعلومات التي يتضمنها كل من السلعة والخدمة ، وانطلاقاً من ذلك يقترح الباحث مجموعة من الخصائص المميزة لترويج الخدمة العلاجية يوردها في الجدول التالي رقم (12) كما يلي :

الجدول رقم (12)

خصائص ترويج الخدمات العلاجية

الخاصية	طبيعة الاختلاف
درجة الملموسية	من الصعوبة استخدام بعض الأدوات الترويجية في حالة الخدمات العلاجية بسبب تدني درجة ملموسيتها كاستخدام العرض، والعينات، والتخفيض السعري .
الحاجة	إن الحاجة لشراء الخدمة العلاجية والرغبة في اقتنائها أكبر من حاجة اقتناء السلع والخدمات الأخرى وذلك لارتباطها بصحة الفرد واستمراريته، لذا فإن الحاجة أكبر إلى أدوات ترويجية أكثر اتصالاً وفعالية في توصيل الرسالة والمعلومات المطلوبة عوضاً عن تقديم خصومات سعرية أو إعلانات أو غيرها .

أطراف ذات العلاقة	تتسع قنوات الاتصال في حالة الخدمات العلاجية لتشمل البائع والمستفيد والملتزم بالدفع ، وهنا تبدو المعلومات والقنوات الاتصالية أكثر تشعباً واتساعاً وتعقيداً، حيث تحتاج إلى أدوات ترويجية من شأنها التأثير على جميع أطراف العلاقة .
طبيعة الاستهلاك	قد يقوم مستهلكو السلع المادية بتكرار الشراء في فترات مختلفة ولفترات طويلة بفعل الترويج، فيما يختلف ذلك في حالة الخدمات العلاجية كونها تعتمد على عنصر التوقع والمفاجأة في تحديد موعد نشوء الحاجة إلى الخدمة وصعوبة شرائها بفعل عنصر الترويج قبل موعدها . لكن يقوم الترويج في هذه الحالة ببناء كلمة الفم المنقولة والعلاقة الاتصالية الإيجابية مع المرضى ، وترويج الانطباع الإيجابي عن المستشفى .
آثار الترويج	يؤدي الترويج إلى نتائج سريعة ومباشرة في حالة السلع والخدمات الأخرى، فيما يبدو أن النتائج أطول وأبطأ ظهوراً في حالة الخدمات العلاجية .
الأدوات الترويجية	يرى الباحث أن أدوات ترويج المبيعات كالعينات والخصومات السعرية والكمية، والمعارض التجارية، وحتى الإعلانات قد تبدو أكثر ملاءمة للسلع المادية فيما أن العلاقات العامة والتسويق المباشر هي الأكثر فعالية في ترويج الخدمات العلاجية ، بسبب كثافة ونوعية المعلومات التي يرغب في نقلها للمريض .

المصدر : مقترح من الباحث

1.3.2 ترويج السياحة العلاجية في الأردن

إن استعراض المعلومات السياحية المتوفرة في الأردن ، يبين عدم وجود سياسة ترويج واضحة متعارف عليها ، كما تبين أيضاً أن مفهوم الترويج السياحي عموماً ، متضمن بشكل ما داخل استراتيجيات التسويق السياحي ذاتها ، وبشكل يصعب فهمه أو تمييزه عن بقية النشاطات ، وذلك لأسباب تتعلق بعدم وضوح المفهوم ، بسبب الخلط بين مفهومي التسويق والترويج لدى القائمين على صناعة النشاطين السياحي والطبي في الأردن . لكن ما أجمعت عليه تلك الأدبيات هو أن صناعة المستهلك والمشتري المحتمل للخدمات العلاجية ، والعمل على إشباع حاجاته ورغباته تمثل النقطة المشتركة لمختلف النشاطات التي تمارسها المنظمات المختلفة وتنطلق منها في أداء مهامها ، بل يمكن تجاوز ذلك للقول أن استراتيجية التسويق السياحي المتبعة تعتبر هي ذاتها المستخدمة في الترويج ، مما يضفي على هذا العنصر عمومية أكثر مما يجب كبقية نشاطات المنظمة.

لقد قامت مديرية السياحة الطبية العلاجية بتطوير الاستراتيجية التسويقية لا الترويجية الموجهة للأسواق الخارجية ، وذلك للنهوض بالخدمات العلاجية وتحسين معدلات تصديرها إلى تلك الأسواق ، وقام الباحث بتحليل هذه الاستراتيجية واستخلص منها عدداً من المحاور نوردها في الجدول رقم (13):

الجدول رقم (13)

محاور استراتيجية التسويق الطبي في الأردن

المحور	الملامح الرئيسية
المنتج الطبي	مجموعة الخدمات العلاجية السريرية التخصصية في أمراض القلب والأوعية الدموية والدماغ والأعصاب والسرطان مع استبعاد الخدمات الاستشفائية منها.
القنوات التوزيعية	اعتمدت الاستراتيجية المستشفيات الخاصة القناة الأبرز التي يتم من خلالها تصريف فائض العرض المتاح من الخدمات العلاجية .
الترويج الطبي	ويشمل ذلك توسيع قاعدة الطلب الخارجي على الخدمات المحلية، وجذب الاستثمارات الطبية والخدمات المرافقة والمساندة والاستفادة من الترابطات الأمامية والخلفية للقطاع الطبي. **عموماً يلخص الباحث أهداف استراتيجية الترويج إلى ما يلي :** -تعظيم الفوائد السياحية على مستوى الاقتصاد الكلي، بزيادة جذب المرضى وتطوير الخدمات السياحية المساندة وبرامج الترويج السياحي، وتنمية العمالة الطبية . -تهيئة الخدمات الطبية المحلية لدخول الأسواق الخارجية ، وإشراكها في التنمية السياحية. -التأكيد على دور السياحة العلاجية في التنمية الاقتصادية ومعالجة الفقر والبطالة. -تكامل الأدوار والأهداف المشتركة بين الشركاء والجهات المعنية بتنمية السياحة العلاجية والتخطيط السياحي للقطاعين العام والخاص، والمجتمعات المحلية، والمانحين والشركاء الدوليين. **عناصر استراتيجية ترويج الخدمات العلاجية :** **أ.استقطاب المرضى وتنظيم علاجهم في المستشفيات المحلية العاملة من خلال:** -اعتماد جهة واحدة قادرة على مراقبة، وتوجيه، وتنظيم عملية المعالجة بكفاءة. -الشفافية والوضوح في الإعلان عن أسعار تكاليف الخدمات العلاجية كافة. -الترويج المنظم للخدمة العلاجية، والاعتماد على السفارات الأردنية في الخارج في عملية الاتصال والتنسيق مع طالبي الخدمة. -تعميق عملية الاتصال السوقي بين البائعين والمشترين للخدمات العلاجية. **ب.استقطاب وتشجيع الاستثمار الأجنبي في الخدمات الطبية والعلاجية:** -إعادة تنظيم الأنظمة والتشريعات المحفزة على الاستثمار. -إنشاء الصناعات الطبية المشتركة مع الدول المختلفة لتشجيع السياحة العلاجية البينية مع كل الدول. -مسئولية تنفيذ الاستراتيجية.
نظرية الاتصالات التسويقية	يصنف الباحث أدوات الترويج المستخدمة إلى ما يلي : -العلاقات العامة: وذلك من خلال مكتب المرضى العرب في مطار الملكة علياء الدولي، ومراكز الاتصال بين الجهات المحلية وأسواق المرضى. -البيع الشخصي: تدريب الكوادر الفنية والطبية على مهارات التعامل مع المرضى. ويقترح الباحث مجموعة أخرى من الأدوات تركز على ما يلي : -إيجاد ضباط ارتباط مؤهلين في السفارات الأردنية في الخارج. -الأخلاقيات الطبية للعاملين: بتدريب العاملين وحفزهم على حفظ الأسرار الطبية وملفات المرضى وتنظيم البرامج التي تعني بإصلاح القواعد الأخلاقية للتعامل مع المرضى وصيانتها بين فترة

	وأخرى. -علاقات إضافية مع المرضى: وذلك بتحسين علاقات الرضا وتحسين الاستقبال بين المستشفيات والمرضى وخاصة ممن يعملون في الخطوط الأمامية في المستشفيات. - رقابة الجودة: بالتركيز على تحسين مستوى الخدمة المقدمة اعتمادا على معايير الجودة إضافة إلى الجودة الوظيفية المرتبطة بطرق تقديم الخدمة
أدوات تنفيذ الإستراتيجية	ترى الاستراتيجية مجموعة من المؤسسات المحلية يمكن أن تقوم بدورها في هذا المجال: -وزارة الصحة : الرقابة والتنظيم والإشراف على رعاية وخدمة المرضى. -هيئة تنشيط السياحة: تنشيط وترويج ونشر الوعي بين المرضى والقيام ببرامج الترويج والدعاية للمرضى والمرافقين. -وزارة الإعلام: صياغة البرامج الإعلامية للخدمات الطبية واستغلال القنوات الإعلامية كالتلفاز والراديو في هذا المجال. -الملكية الأردنية: تسهيل وتوفير الرحلات الجوية الكافية. -وزارة الخارجية : تفعيل دور السفارات الأردنية في تسويق الخدمة العلاجية وتجسير التعاون بين تلك السفارات ووزارة الصحة. -وزارة الداخلية: سن التشريعات الضرورية لدخول المرضى وتبسيط إجراءات القدوم والإقامة.
بيع الخدمات العلاجية	اكتفت الاستراتيجية الالتزام بتطبيق البنود المالية الواردة في اللوائح الطبية المتفق عليها، والرقابة المالية والتأكد من سلامة الإجراءات وتدقيق المطالبات.
الموارد المالية المتاحة	وجد أن الموارد المالية المتاحة لأغراض ترويج قطاع السياحة الأردني ككل بلغت عام 2000 خمسة ملايين دولار، وذلك مقارنة مع (38) و (60) مليون دولار في كل من مصر وإسرائيل على التوالي (Ministry of Tourism & Antique , 2000) ، وذلك قبل أن ترتفع عام 2003 إلى نحو (11.3) مليون دولار (Jordan Tourism Board , 2004). مما يعني عدم وجود موارد مالية مخصصة لترويج قطاع السياحة العلاجية في المملكة .

المصدر : مديرية السياحة الطبية العلاجية ، الاستراتيجية الوطنية للسياحة العلاجية ، 2006 ، عمان .

وزارة السياحة والآثار ، استراتيجية السياحة الوطنية ، 2005 ، عمان .

اعتماداً على الجدول السابق ، يمكن تلخيص مجموعة من نقاط الضعف التي تواجه تنفيذ الاستراتيجية السابقة وهي كما يأتي :

-جاءت محاور هذه الاستراتيجية عامة وغير مفصلة بطريقة يصعب فهمها ، أو تحديد الهدف من ورائها ، أو حتى قياسها .

-كانت الأداة الرئيسية المستخدمة لجلب اهتمام الطلب الخارجي ، هي كلمة الفم المنقولة WOM وحازت على نحو (59%) من مجمله (Ministry of Planning , Medical Tourism , 2004 , P.23).

-ضعف الرسالة الإعلانية المتعلقة بالخدمات العلاجية الموجهة للأسـواق الخارجيـة ، وذلك لأسباب تتعلق بضعف المعلومات والتفاصيل المختلفة حـول الأسـعار ، وكيفيـة الحصول على هذه الخدمات ، والمزايا والبرامج التي تقدمها المستشفيات المحلية وغيرها (Ministry of Planning , Medical Tourism , 2004).

-بينت الدراسات أن (69%) من المستشفيات الخاصة تمارس جهودها الترويجية بشـكل مستقل عن المؤسسات المعنية بالترويج ، وقد استخدمت تلك المستشفيات مجموعة مـن الأدوات تمثلت في : الملحقيات والمكاتب الصحية الخاصة بها ، والاتفاقيـات الثنائيـة ، والحملات الترويجيـة والتـي كانـت أضـعفها (Ministry of planning & International Corporation ,Medical Tourism ,2004, P.17) .

-ضعف الجودة المدركة للخدمات العلاجية المحلية وسمعتها فـي الأسـواق المسـتهدفة (Ministry of planning & International Corporation ,Medical Tourism ,2004, P.16).

- يتوقف نجاح الاستراتيجية الترويجية ودخولها حيز التنفيذ على كفاية الموارد الماليـة المخصصة لها ،ونشير هنا إلى أن إجمالي مخصصات الترويج السياحي في الأردن بلغت عام 2003 نحو (11.3) مليون دولار (Jordan Tourism Board , 2003 , P.P 10-13) مقارنة بنحو (5) مليون دولار عام 1998 (Ministry Of Planning , 2000) .

-بلغت التكلفة الحدية للترويج نحو (19.9) دولاراً لكل سائح جديد (التغير النسبي فـي نفقات الترويج / التغير النسبي في عدد السائحين) (احتسبت من قبل الباحث).

-بلغ مضاعف الترويج السياحي للفترة 1998-2003 نحو (19.2) ألف دولار (فكل دولار ينفق على الترويج السياحي سيولد دخلا مقداره 19.2 دولار) (احتسبت من قبل الباحث) .

-بلغت حصة السائح الواحد من مجمل مخصصات الترويج عام 2003 نحو (7.2) دولار بالمتوسط (نفقات الترويج / عدد السائحين) (احتسبت من قبل لباحث) .

-يعتمد الترويج السياحي بالأساس على دورة النشاط الاقتصادي التي تمر بها الأردن .

2.3.2 معوقات ترويج الخدمات العلاجية المحلية

يجمع التسويقيون عموماً على مجموعة من المحددات التي تواجه عملية ترويج الخدمات العلاجية الأردنية في الأسواق الخارجية تشمل ما يلي :

1- ارتفاع درجة المنافسة بين الرسائل الإعلانية الكثيرة التي تصل إلى الأسواق المسـتهدفة عبر الوسائل المختلفة ،مما يؤدي إلى ضياع جهود الترويج الضعيفة غير القادرة على المنافسة، أو تلك التي تمارس الترويج على مستوى فردي. فغالباً ما يوجه اهتمام الزبائن وميولهم نحـو

الترويج التقليدي الذي يخاطب رغباتهم الوسيطة ، لذا فإن تطوير عملية الترويج القائمة على الريادة سيشكل نقطة أساسية في تحسين مهمة الترويج وإن كانت تتم على المستوى الفردي ، حيث تعنى هذه العملية بتوجيه الترويج لمخاطبة اهتمامات العملاء بشكل مباشر وبطريقة توفر صيغة ولغة مشتركة للتخاطب بين هؤلاء العملاء والمنتج نفسه، وتكون قادرة على تحديد ووصف المشكلة لجذب اهتمامهم والحصول عليه (Ministry of Planning , Medical Tourism Cluster , 2004) .

2-اتساع حجم المرضى المتلقين للرسائل الإعلانية في السوق المستهدف :

يتم عادةً تحديد وتعريف السوق المحتمل لتوجيه الرسالة الترويجية إليه ، قبل البدء بمعرفة الاهتمامات والاتجاهات الخاصة بالزبائن المحتملين ، وتواجه المستشفيات والمؤسسات الطبية حالات طلب للمعلومات والاستفسار عن الخدمات التي تبيعها ، فمن خلال عملية الترويج يمكن توفير احتياجاتهم من المعلومات بأقل ما يمكن من الوقت والجهد والمال.

3- المشاكل التمويلية :

تؤدي قلة ومحدودية مخصصات الترويج المالية في الغالب ، إلى إعاقة تنفيذ خطط وبرامج الترويج ، بل وتؤدي في كثير من الأحيان إلى إيقاف العمل بها ، ويؤدي سوء توزيع هذه المخصصات بين وسائل وأدوات الترويج المختلفة إلى إعاقة تنفيذها أيضاً . فمثلاً سيعمل توزيع الموارد المالية بين الصحف والمجلات والتسويق المباشر بشكل غير كفء ، على تدني و ضعف معدل العائد والإيرادات المالية التي ستستخدم في تنفيذ نشاطات أخرى داخل المنظمة.

4-ضعف التناسق في الترويج ذاته :

ترى المقولة الكلاسيكية أن الرسالة الإعلانية الأولى غير فاعلة في الغالب ، لذا فإن تحقيق التناغم والانسجام بين الرسائل الإعلانية المتتالية سيعمق درجة الوعي والإدراك والثقة المتكونة لدى الجمهور المتلقي من ناحية ، وبين المنظمة التي تبيع الخدمة من جهة أخرى.

5-عدم الربط بين أدوات الترويج المختلفة :

لعقودٍ كثيرة متتالية انخفضت حصة التسويق المباشر في جذب المستهلكين الجدد ، مقارنة بالوسائل الأخرى كالتلفاز والراديو والملصقات، ومن هنا ننطلق في ضرورة تكييف الوسائل الترويجية لمختلف الاستخدامات ، فقد يتم استخدام صوت الرسالة الإعلانية المستخدمة في التلفاز ، لاستخدامها في الراديو ، واستخدام صور الإعلان التلفزيوني في الصحف والمجلات ، وتفيد هذه الناحية في استقرار المنتج وإطالة فترة حياته ، وتحسين فرص الانتقال والوصول إلى عدد أكبر من الزبائن المحتملين.

وباستعراض الاستراتيجيات السياحية الوطنية أيضاً ، تم استخلاص مجموعة أخرى من الصعوبات ، التي تتعلق مباشرة بقطاع السياحة العلاجية في الأردن ، نوردها فيما يلي :

-ضعف الرسالة السياحية بسبب ضعف أدوات الترويج المستخدمة ، في إيصال الخدمات العلاجية إلى الأسواق المستهدفة ، فهذه الأدوات ما زالت تقليدية تستخدم الرسائل الإخبارية ، والمؤتمرات الصحفية ، المقابلات والمؤتمرات .

-ضعف المصادر التمويلية المخصصة لترويج قطاع السياحة العلاجية ،فقد شكلت موارد ترويج القطاع السياحي ككل نحو (27.2%) من مجمل الموارد المالية المخصصة للتسويق السياحي.

-موسمية الرسائل الإعلانية في فترات الصيف ، وعدم القدرة على تحديد الوسائل الترويجية المناسبة لكل سوق مستهدف على حده .

-تضارب وتعدد الجهود وضعف التنسيق بين الجهات المختلفة المعنية بالقطاع ، مثل وزارة الصحة، هيئة تنشيط السياحة ، ووزارة السياحة وغيرها .

-ترويج قطاع الخدمات العلاجية مع حزمة المنتجات السياحية الأخرى ، وإبراز أهمية بعض المنتجات الأخرى مثل السياحة الثقافية بشكل أكثر خاصة عند عقد المؤتمرات والمعارض والأسابيع الثقافية ، والمناسبات ، وتسويق الحدث .

-التوجه نحو الأسواق التي تزدحم بالمنافسين ، مما يعني الحاجة إلى مخصصات مالية أكثر ورسائل إعلانية أكثر كفاءة لجذب هذه الأسواق مثل السعودية .

-ضعف المعلومات المتاحة عن الأسواق المستهدفة والقيام بإجراء الدراسات السوقية والتسويقية المناسبة خاصة في أسواق المغرب العربي ، واليمن والسودان وليبيا .

3.3.2 الترويج الفعال في قطاع الخدمات العلاجية

يرتكز الترويج الفعال في قطاع السياحة العلاجية ، على مجموعة عناصر تدعم رغبة المرضى في شراء الخدمات العلاجية المتاحة ، ويرى المختصون أن هذه العناصر تكون في الغالب على شكل حزم ترويجية تقع في جانب العرض تحديداً وذلك كما يلي (Bloomquist , 1994, P.P 1-4):

أ-توفير قيمة مدركة عالية للمريض والطلب المحتمل : يقبل المرضى عادة على شراء الخدمات التي تعظم قيمة الدولار المنفق عليها ، أو أن تباع هذه الخدمات بأسعار أقل من المنافسين ، و من الطبيعي للمريض أن يختار الحصول على خدمات علاجية وقائية يمكن أن تعظم قيمته المستقبلية.

ب-التناغم والتناسب بين عناصر الخدمة العلاجية واستراتيجية الترويج لضمان تحقيق الجودة في تقديم الخدمة المطلوبة : فيقبل المشترون على شراء الخدمات العلاجية التي تطابق توقعاتهم من حيث النوعية والجودة، وكلما زادت درجة التناغم زادت الخبرة ومنحنـــى تعلـــم المـــريض ودرجة شعوره بالرضا .

ج-توفير الخدمات العلاجية الجاذبة لقيام الطلب، مما يعني وجود عنصر أو أكثر من الخدمات الجوهرية **Core Attraction** التي تشكل أساس قيام الطلب .

د-توفير المعلومات والتفاصيل التي تهم المريض ، للبحث عن الخدمات العلاجية التي تناسبه: فكثير من المعلومات غير المهمة من وجهة نظر المنظمة قد تكون محور اهتمام المرضى مثـــل الحجز ، والمسافة التي يقطعها المريض للحصول على الخدمة ، ووســـائل النقـــل المســـتخدمة والأسعار وموقع العلاج وغيرها من المعلومات .

هـ -القدرة على توليد الأرباح Profit Generation : إن إشباع الحاجات والرغبات بطريقة مميزة يزيد من درجة الشعور بالرضا وتحقيق الأرباح، كما يؤدي إلى تكييف الطلب في معظم أوقات السنة ، فيزداد في أوقات الكساد وتتولد الأرباح الكبيرة في أوقات الذروة.

و-توفير منافع خاصة للمريض Distinctive Benefits : يوفر الترويج الفعال قيماً مدركـــة عالية للمرضى لا يمكن الحصول عليها بطريقة ذاتية ، أو من خلال الاستهلاك الجزئي للخدمة العلاجية بشكل منفصل عن بقية مكوناتها ، فقد تحمل هذه المنفعة قيمة معينـــة وفـــي حـــالات أخرى قد تتمثل في وجود الخدمة العلاجية ذاتها.

4.2 توزيع الخدمة العلاجية

يعتبر التوزيع أحد الأنشطة الرئيسية في استراتيجية التسويق التي تمارسها المنظمات السلعية والخدمية على حد السواء ، وذلك بسبب علاقته التكاملية مع الأنشطة الأخرى في المزيج التسويقي . وكما هو معروف فإن وظيفة التوزيع تنصب على المساهمة في زيادة عدد الزبائن الراغبين بشراء المنتج من جهة ، ووضع المنتج المحلي في مكانه المناسب من جهة أخرى (عبيدات ، 2000 ، ص 97) . كما تشير الأدبيات التسويقية أن مفهوم قناة التوزيع يتضمن الطرق التي تسلكها السلعة ، أثناء انسيابها من المنتج إلى المستهلك ، وتضيف الدراسات أن تلك القناة تتضمن إيصال السلعة بالوقت المناسب للعميل المناسب ، وبالكمية المناسبة (Value Based Management.net , 2006) . بالتالي فإن قناة التوزيع هي عبارة عن مجموعة من المنشآت ذات العلاقات المتشابكة ، والتي تقوم بعملية جعل الخدمة متاحة للاستخدام أو الاستهلاك (ابو علفة 2002، ص351).

لكن يأخذ التوزيع في حالة الخدمات العلاجية ، أبعاداً مختلفة عن بقية المنتجات وكان البديل هو مصطلح المكان ، الذي يدل على مظهر المستشفى وقدرته على تقديم الخدمات العلاجية ، والاستعمال المناسب للمساحات الداخلية في المستشفى وسهولة الوصول إلى ذلك الموقع، وذلك أكثر من مجرد كونه يعبر عن الموقع الجغرافي أو المادي للتقديم الخدمة العلاجية (Steven , 1991).

كما يمكن القول أن توزيع الخدمة العلاجية يشمل " مختلف النشاطات التي يتولاها المستشفى لجعل الخدمة العلاجية ، سهلة المنال من قبل المريض مكانياً ، وزمانياً ، وسعرياً ، ومعلوماتياً " (Steven , 1991) . ونضيف بأن توزيع الخدمة العلاجية يمكن التعبير عنه بأنه تحالف أو هو ائتلاف **Coalition**، مكون من منشآت مستقلة من حيث ملكيتها وإدارتها ، تمارس مجموعة من الأنشطة التسويقية ، بهدف إتاحة المجال للمرضى الأجانب التعرف على مختلف المنافع المكانية والزمانية للخدمة العلاجية المعروضة وحيازتها ، ومدى مناسبتها بالوقت والمكان والوضع المناسب للمريض (الراوي والسند ، 2000، ص 242).

واعتماداً على ما سبق ، يمكن القول أن هناك مجموعة من المتغيرات تتعلق بحقيقة توزيع الخدمات العلاجية في الأسواق المستهدفة ، وهي (Steven , 1991) :

-**المكان** : وهو الموقع الجغرافي الذي تقدم فيه الخدمة العلاجية ، إضافة إلى التسهيلات المختلفة التي من شأنها تحفيز شراء الخدمة العلاجية والحصول عليها .

-**الزمان** : وهي مجموع الأوقات التي يغطيها المستشفى في تقديمه للخدمة العلاجية، وكلما زادت فترة تقديم الخدمة العلاجية لساعات أطول في اليوم ، كان التوزيع أفضل بالنسبة للمرضى .

-**السعر** : وهو يعني تأثير التكلفة على القيمة النهائية للخدمة الصحية المقدمة للمرضى القادرين على دفعها .

-**المعلومات** : وهي معرفة المرضى عن طبيعة الخدمات العلاجية المقدمة من قبل المستشفى ، وذلك من حيث النوعية ، وطريقة التقديم ، والتوقيت ، والتطورات الحاصلة فيها .

وتبين الدراسات أن الكثير من المستشفيات قد فشلت في فهمهما وإدراكها للدور الذي يجب أن تلعبه في تطوير وتحسين الخدمة العلاجية المباعة ، والخدمات المتعلقة بها في موقع المستشفى ، ويعود السبب في ذلك إلى تركيزها على خدمة المريض في الموقع الجغرافي للمستشفى فقط . وبالتالي فإن هذه الناحية تؤثر سلباً على الخبرة العلاجية المتكونة لدى المرضى، ولذلك اقترحت تلك الدراسات مجموعة من الطرق التي يمكن من خلالها ، تحسين جانب التوزيع المادي في تلك المستشفيات منها (Mahoney & Warnell , 1987) :

-توفير خرائط ولوائح إرشادية للمرضى .

-توفير التقديرات المختلفة للمرضى عن الزمن والمسافة اللازمتين للوصل إلى المستشفى .

-تحديد المناطق والعوامل السياحية ، والتسهيلات المختلفة التي يمكن أن يواجهها المريض في طريقه للمستشفى .

-توفير المعلومات للمرضى عن البدائل المختلفة للسفر ، إلى المستشفى مثل خطوط الطيران ، الطرق البرية .

-قيام المستشفيات بدراسة المواقع العلاجية المنافسة للخدمة العلاجية المحلية كما يلي :

أ. المسافة بين المستشفى والوصول إلى الأسواق المنافسة .

ب. الموقع التنافسي للمستشفيات المنافسة .

ت. الخدمات العلاجية التي يمكن أن تقدمها للمرضى .

ث. النشاطات والعناصر الأخرى الجاذبة ، والتي تساهم في تشجيع السفر إلى المستشفى.

1.4.2 منافذ توزيع لخدمات العلاجية المحلية

تبين المعلومات في الأردن ، عدم وجود إطار مؤسسي يحدد أو يوضح الجهات والمؤسسات المسؤولة عن توزيع الخدمة العلاجية في الأسواق المستهدفة ، وإنما تتم هذه العملية بشكل عشوائي غير منسق من خلال مجموعة من المؤسسات الحكومية، وشبه الحكومية المتداخلة في الجهود والصلاحيات ، وفيما يلي إبراز لأهم قنوات توزيع الخدمة العلاجية الأردنية في الأسواق الخارجية:

1.1.4.2 الوصول المادي

أ- المنافذ التوزيعية المباشرة وتشمل :

– **المستشفيات** : وهي تعد الوحدة الاجتماعية والاقتصادية الأكبر ، التي يجري من خلالها تصريف الخدمات العلاجية في القطاع ؛ فمن جهة فهي تقوم بوظيفة توفير العناية الصحية الكاملة الوقائية والعلاجية للأفراد في غرف المرضى ، وتقديم خدمات الطوارئ ، إضافة إلى العلاج السريرة المقدم للمرضى .

ب- المنافذ التوزيعية غير المباشرة وتشمل :

–**وزارة السياحة** : وضع البرامج الشاملة والمتكاملة عن الأردن ، وإعداد النشرات والمطبوعات والملصقات السياحية ، والمشاركة في المعارض والمهرجانات والمناسبات والأحداث السياحية .

–**مديرية السياحة الطبية العلاجية** : قامت هذه المديرية على أساس تقديم التسهيلات اللازمة للمرضى الأجانب ، ورعاية شؤونهم ، والقيام بأدوار الرقابة والتنظيم والإشراف على رعاية وخدمة المرضى ، ووضع الخطط التنفيذية لجذب الاستثمارات الطبية ، والعمل على استقطاب المرضى الأجانب ، وتوقيع البروتوكولات والاتفاقيات الطبية العلاجية مع الأسواق الأخرى ، ونضيف أن المديرية تعمل على تنشيط ترويج الخدمات العلاجية المحلية ، وتصميم الوسائل المؤدية للاتصال مع المرضى قبل وصولهم للأردن.

–**جمعية المستشفيات الخاصة** : تهدف إلى نشر الوعي الصحي ، وإيصال الخدمة العلاجية الأردنية إلى الأسواق المستهدفة ، وذلك باستخدام كافة وسائل الاتصال كالتلفزيون ، والإذاعة والمجلات الطبية ، واللقاءات والندوات وورش العمل ، كما تقوم الجمعية بتطوير البروتوكولات والاتفاقيات العلاجية مع الأسواق المستهدفة .

-**هيئة تنشيط السياحة** : تقوم الهيئة بتأسيس وقيادة جميع حملات التسويق ، والترويج في الأسواق الدولية ، وتنشيط وترويج ونشر الوعي بين المرضى ، والقيام ببرامج الترويج والدعاية للمرضى والمرافقين المتزامنة مع البرامج السياحية الوطنية .

-**وزارة الإعلام** : صياغة البرامج الإعلامية للخدمات الطبية ، واستغلال القنوات الإعلامية كالتلفاز والراديو في هذا المجال .

-**الملكية الأردنية** : تسهيل وتوفير الرحلات الجوية الكافية والوصل إلى الخدمة العلاجية في الأردن.

-**وزارة الخارجية** : تفعيل دور السفارات الأردنية ، في تسويق الخدمة العلاجية في الأسواق الأجنبية ، وتجسير التعاون بين السفارات الأجنبية العاملة في الأردن مع وزارة الصحة الأردنية .

-**الاتفاقيات والبروتوكولات العلاجية** : تشير المعلومات الصادرة عن مديرية السياحة الطبية العلاجية أن الأردن يحتفظ بـ **(15)** اتفاقية طبية شكلت الاتفاقيات البينية العربية منها نسبة بلغت نحو **(80%)** أو ما حجمه **(12)** اتفاقية، وقد بلغ حصة هذه الاتفاقيات من مجمل الطلب الخارجي على الخدمات العلاجية عام **2004** نحو **(83.1%)** أو ما قيمته **(82.6)** ألف حالة مرضية ، فيما حازت الاتفاقيات الأخرى المبرمة مع الدول الأجنبية على ما نسبته **(3%)** من مجمل الطلب في العام ذاته وهذه الدول هي (**التشيك** ، **رومانيا، يوغسلافيا**) (وزارة الصحة ، قسم الاتفاقيات ، **2005**)، لكن جاءت دراسة وزارة التخطيط وبينت أن ما يقارب من **(41%)** من مجمل الطلب الخارجي على الخدمات العلاجية المحلية كان بفعل الاتفاقيات الثنائية التي أبرمتها المستشفيات ذاتها مع الدول الأخرى **One To One Agreements** **(MOP , Medical Tourism , 2004 , P.17)** .

2.1.4.2 الوصول الزمني :

ويتكون هذا العامل من ثلاثة متغيرات رئيسية تشمل ما يأتي :

-عدد الساعات اللازمة لتجهيز الخدمة العلاجية من قبل المستشفى ، وتقديمها للمرضى عند الحاجة إليها .

-طول فترة انتظار المريض للحصول على الخدمة العلاجية .

-الفترة الزمنية التي يستغرقها المريض للحصول على موعد ، ولجدولة مواعيد العلاج .

وهنا تبين الدراسات ، المريض يحتاج فترة انتظار تبلغ أكثر من ساعتين للحصول على تشخيص الطبيب المختص (الوكالة الأمريكية للإنماء الدولي بالتعاون مع وزارة الصحة، إعادة هيكلة القطاع الطبي ، 2005).

3.1.4.2 : الوصول المعلوماتي :

تشير المعلومات المتاحة أن المستشفيات في الأردن تقوم باستخدام استراتيجية السحب **Pull Strategy** ، التي تقوم على الاتصال المباشر مع المرضى ، وذلك من خلال الإعلان والترويج لخدمات معينة ثم يأتي دور الوسيط التسويقي لخلق الطلب لاحقاً على تلك الخدمات . كما قامت الحكومة بإتباع استراتيجية الدفع **Push Strategy** التي تقوم على إيجاد وسطاء تسويقيين لتقديم المعلومات إلى قنوات أخرى قبل الوصول إلى المريض . لقد قامت الحكومة بإيجاد عدد من الوسطاء في أميركا ، وفي عدداً من الدول الأوروبية مثل : بريطانيا ، وفرنسا ، وألمانيا . وتنصب مهمة هذا المكاتب على خلق الوعي والمعرفة اللازمة لدى الجمهور المستهدف ، حول نوعية الخدمات العلاجية المحلية ، إضافة إلى تدريب وتأهيل الكوادر العاملة في مكاتب الخدمات السياحية، والوكالات السياحية .

ويقوم هؤلاء الوسطاء بتخفيض تكاليف الترويج التي تتحملها المنظمات ، كما توفر حافزاً قوياً لدى المنتجين للدخول إلى تلك الأسواق ، وتتمكن من تخفيض درجة المخاطرة في سوق المنافسة التامة إلى حدها الأدنى . إلا أن عمل الوسطاء في السوق لن يكون واقعياً إلى الحد الذي يعكس حجم الطلب الحقيقي القائم في سوق معين ، كما أن محدودية الجهود الترويجية لقيامهم بتفتيت أوامر الطلب على مجموعات مختلفة من المشغلين الصغار ، إضافة إلى ميول هؤلاء الوسطاء في إخفاء بطاقات تعريف وخصائص الطلب الحقيقية أمام مختلف المشغلين؛ تعد من محاذير استخدام الوسطاء التسويقيين في السوق الدولية (Ellis , 2003) .

و يقترح **Ellis** (Ellis , 2003) بعض المضامين الإدارية لمدراء التسويق عند اعتمادهم على الوسطاء التسويقيين ، تتمثل بضرورة تطوير آليات الدخول لتلك الأسواق مثل التعاون والتفاعل بين أطراف الاتفاقية ، وتبادل المعلومات بشكل واضح وشفاف ، وتطوير الأهداف والموارد اللازمة لتنفيذ الاتفاقية ، والتنفيذ المشترك لكافة بنودها . كما يجب على المدراء تحديد مساهمة كل وسيط بشكل دقيق في تلبية الاحتياجات التسويقية خلال فترات معينة من الزمن . ففي الاقتصاديات الناشئة يقوم الوسيط بمحاولة تعظيم القيمة المضافة من خلال خلقه لتبادلات

جديدة في السوق الدولي مباشرة. ويوفر الوسيط الكثير من الوقت في تقييم الخدمة وربطها بخصائص الطلب خاصة في ظروف عدم التأكد ، لكن ما يؤخذ عليه هو توفيره لنسبة متدنية من العائد المالي للمنظمات التي يتعامل معها مقارنة بالعائد الذي يمكن أن تحققه هذه المنظمات من القيام بجهود التسويق والتوزيع بجهود ذاتية مباشرة.

من ناحية أخرى ، مازال سوق الخدمات العلاجية في الأردن ، بحاجة إلى تقنيات جديدة في توزيع خدماته العلاجية على الأسواق المستهدفة ، ولعل ذلك يكون باستخدام الهاتف الطبي **Telemedicine** الذي اتسع نطاق استخدامه في المنظمات الطبية لسهولة استخدامه وانخفاض تكاليفه، كما توسعت المنظمات في استخدام أخصائيي بيع الخدمات العلاجية **Field Located Services Sales Specialists** . وتبين الدراسات أن هذه الأساليب ساهمت بشكل واضح في زيادة المبيعات وتسريع وتيرة نموها ، كما استخدمت مجموعة واسعة أخرى من الأساليب مثل الإنترنت ، والبريد الإلكتروني، والبطاقات البريدية ، والبريد المباشر ، والوكلاء التسويقيين ، والشبكات التسويقية . كما شمل ذلك خدمات مجموعة أخرى من الخدمات تستخدم بعد البيع ، للتأكد من رضا الزبائن عن مستوى الخدمات المقدمة ، وجعلهم أكثر ثباتا على شراء المنتج ، ورفض البدائل الأخرى باستخدام رسائل الشكر والهدايا التذكارية ، والاستفسار والسؤال عن صحة المريض بعد مغادرته المستشفى ، و المنشورات أو الملصقات الرقمية **Digital Brochures** .

2.4.2 العوامل المؤثرة على توزيع الخدمات العلاجية المحلية

تتأثر المنافذ التوزيعية للخدمة العلاجية الأردنية ، بعدد من العوامل تتمثل فيما يلي :

-**الكوادر الطبية المعالجة** : ويقصد بها أعداد أطباء الاختصاص المتوفرة ، ممن يقوموا بتقديم الخدمة العلاجية للمرضى، وتشير العلاقة أن زيادة عدد الأطباء سيعمل على اتساع نطاق تقديم الخدمة العلاجية وانتشارها.

-**الوسطاء** : قد يفشل الوسطاء التسويقيين في اتساع نطاق الخدمة العلاجية ، وقد يكون ذلك بسبب حصول انحراف مسار العمل في تقديم الخدمة العلاجية بدءاً بالمستشفى الذي يقدمها . وقد يحصل ذلك بسبب انخفاض مستوى الخدمة العلاجية المقدمة ، أو زيادة الوقت المستغرق للحصول على الخدمة، أو ارتكاب الأخطاء العلاجية الكبيرة .

-**الاتجاهات الثقافية** : قد تساهم بعض القيم الاجتماعية والمعتقدات الدينية السائدة في المجتمع ، في إعاقة انتشار الخدمة العلاجية بشكل كبير، فهناك بعض المجتمعات التي

ترفض معالجة المرضى من الإناث على أيدي الأطباء من الذكور ، أو عدم الإفصاح عن بعض الحالات العلاجية الخاصة لديها مثل معالجة الإدمان .

-**التباعد والنقل** : قد تلعب عوامل بُعد المسافة الجغرافية ، أو عدم توفر وســائل النقــل المناسبة ، دوراً في تأجيل الرغبة بشراء الخدمة العلاجية . وتبين المعلومـــات أن الأردن يتمتع بموقع جغرافي يتوسط دول المنطقة ، ويمتلك مطارات وشركات طيــران بنوعيــة عالية من الجودة ، إضافة إلى توفر شبكة مواصلات ونقل شاملة وترتبط مع معظم الدول المجاورة ، وتغطي جميع المدن والمواقع العلاجية ، بحيث يمكن الوصول إليها بســهولة وسرعة وآمان وبتكلفة قليلة (مقابلة والحاج ذيب ، 2000، ص278).

-**العامل الجغرافي** : فوجود بعض العوارض الجغرافية ، مثل الجبال والأنهار ، أو الثلوج والأمطار، تلعب دوراً مهماً في التأثير على تقديم الخدمة العلاجية .

5.2 خصائص الطلب القائم على الخدمات العلاجية

تفترض نظرية الطلب أن المستهلكين يقبلون على شراء السلع والخدمات ، التي تحقق لهم أقصى قدر من الإشباع والمنفعة جراء استهلاكها . غير أن صياغة حديثة لتلك النظرية ميـزت بين مفهومي السلع والخدمات التي تباع في السوق وربطتها بحاجات أساسية يتم الاختيار بينهـا ويطلق عليها البضائع . فمتى كانت البضاعة المطلوبة هي الصحة الجيدة ، فمن خـلال شـراء مجموعة من الخدمات العلاجية يمكن الحصول على الصحة ، ومن هنا فإن الطلب على الخدمة العلاجية هو مشتق من الطلب الأساسي على الصحة (فلدستين ، 2002 ، ص 76). ويرتبط مفهـوم الصحة بغياب المرض والعوامل المسببة له (Sprenger , 2005, P.2) ، كما بينت منظمة الصـحة العالمية أن الصحة هي حالة ديناميكية للعوامل المادية، والعقلية ، والمعنوية، والاجتماعية للفرد (WWW. WHO.ORG)، لذلك ظهرت مجموعة كبيرة من الدراسات التي حاولت دراسـة هـذا المفهوم والعوامل المرتبطة به.

وترتبط فكرة الطلب على الخدمة العلاجية ، بدايةً بحاجة الفرد لهـذه الخدمـة قبـل أن يطلبها، وهذه الحاجة لا يمكن إدراكها إلا من خلال الفرد نفسه ، بشكل ذاتي دون وجود ما يؤثر على هذا الإدراك . فإصابة الفرد بالصداع مثلاً تمكنه من تقدير الحاجة للعلاج، فيما يعود تقدير العلاج المناسب إلى الأفراد المدربين والمختصين ممثلين بالأطباء ، وفي كلا الحالتين فإن هناك شعوراً يتولد بزيادة الحاجة للخدمة الصحية واتخاذ قرار الشراء من عدمه . وعليه فإن ظهور الحاجة للخدمة العلاجية ممثلةً بظهور المرض أو ما يستدعي البحث عن العلاج ، يؤثر كثيـراً على نشوء الطلب ، ورغم صعوبة قياس الحاجة بشكل كمي ، إلا أنه يمكن التعبير عنها بحجـم الطلب على الخدمة العلاجية نفسه (Sarma, , 2003) .

كما تختلف محددات الطلب الصحي باختلاف المجتمعات والعصور، فهي تتشـكل مـن مجموعة من المبادئ والقيم المتضمنة في المجتمعات، وعليه فإن العولمة تمارس دوراً فاعلاً في إعادة تنظيم الوقت والفراغ والأنظمة الصحية ومحددات الصحة ، والخدمات العلاجية، ومفهوم الطب والصحة ، وجميع تلك العوامل تنعكس وتساهم أيضاً في تطوير المجتمع والثقافة الطبيـة المتكونة لديه (Sprenger , 2005) .

وتميز الدراسات في شرحها لمحددات طلب المرضى غير المنومين **Outpatients** علـى خدمات العناية الصحية ، بين عدد من البدائل التي يقوم عليها قرار شراء الخدمـة العلاجيـة . فيرى البديل الأول أن الصحة هي مخزون يتطلع الفرد من خلاله إلى تحسين هـذا المخـزون

وزيادة إنتاجيته لكافة الطرق والوسائل . فيما ينظر الثاني إلى الصحة على أنها كبقية السلع والخدمات التي يتعامل معها البائع والمشتري ، تحكمها التفضيلات والمحددات المعروفة مثل الدخل والسعر والحالة الصحية للفرد ، حيث يختار ويفاضل على أساسها بما يعظم المنفعة المتوقعة منها. وقد اعتبرت هذه الدراسة أن السعر محدد قليل الأهمية في تأثيره على طلب الخدمة العلاجية ، واستخدمت مجموعة أخرى من العوامل التي يعتقد بتأثيرها على حجم الطلب مثل جودة المعالجات المقدمة ، والعمر، ومستوى التعليم وحجم الأسرة (**Sarma,, 2003**) .

وقد يأتي إنتاج الأفراد لسلعة الصحة ، من خلال مجموعة من المدخلات الإنتاجية المباشرة تتمثل في العناية الصحية ، والتمارين، والتطعيم ، والتعليم ، والرشاقة ، والإسكان الصحي، وخيارات نمط الحياة الفرد ، وتكلفة الفرصة البديلة للوقت وإنتاجيته ، والزمن المنفق للحصول عليها واعتماداً على نموذج **Grossman** (**Grossman , 1972 , P.P 55-223**) ، فإن المستهلكين يطلبون الصحة لسببين : أما لأنها سلعة استهلاكية تزيد من منفعة المريض الحدية ، والشعور الإيجابي والإحساس بالراحة لديه . أو لأنها سلعة استثمارية تقترن بدرجة التقدم الطبي في الدولة، ويتحدد بموجبها مقدار الزمن المخصص للحصول على الخدمة ، مما يؤثر على عائد الاستثمار في الصحة ، ناهيك عن الاستثمار غير المباشر في القوى البشرية ، والمعدات والمنافع الطبية، والأدوية والعلاجات المختلفة .

أما متوسط دخل الفرد ، فينظر إليه كمحدد أساسي في اقتصاديات الرعاية الصحية، وأن التفاوت في قيمة هذا الدخل ينعكس على اختلاف مرونة الطلب الدخلية التي يتحدد في ضوئه نوع الصحة كسلعة . فقد تبين أن مقدار المرونة الذي يفوق الوحدة الواحدة ، يعني أن العناية الصحية هي سلعة فاخرة (رفاهية) **Luxury Good** حيث يزداد الطلب عليها بفعل حركة النمو الاقتصادي في الدولة (**2003 , Bac**) ،وتشير التقديرات أن كل وحدة واحدة يزداد بها الدخل ، يتولد عنها ما مقداره (26%) كطلب على الخدمات العلاجية المتطورة ، كما اعتبر أساساً للاختيار بين مزودي الخدمة العلاجية والترويجية (**Sadio ,1999**) .

كما تزداد أهمية التسعير ودالة الرسوم والتكاليف التي يدفعها المريض عند الاختيار بين البدائل المختلفة ، خاصة في ظل غياب مؤشرات الجودة للمزودين ، وأهمية الوقت المنفق والمستغرق للحصول على التسهيلات والخدمات العلاجية المختلفة، حيث اعتبرته الدراسة محدداً يفوق السعر في أثره وأهميته (**Sadio ,1999**) . فعند انخفاض قيمة هذه التكاليف تزداد مرونة

الطلب على الخدمات العلاجية خاصة بين الأفراد ذوي الدخول المنخفضة ، مما يشير إلى أن فرض مزيداً من الرسوم على استخدام الخدمات العلاجية الأولية والطارئة ذو أثر سلبي على تلك المجموعات الأقل دخلاً. وفي تحديد أثر المرونة السعرية لزمن انتظار الحصول على الخدمة مرتفعة، فقد وجد أن انخفاض وقت الانتظار بمقدار (10%) سيزيد من حجم الطلب بمقدار (20.4%) (Junoy , Saez & Garcia , 2001 , P.P 29-30) .

إضافة إلى تأثير حجم البدائل المدركة من الخدمات العلاجية ، التي يستطيع أن يختار بينها المريض في السوق ، وتلعب أنظمة التأمين الصحي والحماية الاجتماعية وحجم التغطية التأمينية ، في رفع جزء من التكاليف عن كاهل المريض ، إضافة إلى دور الإصلاح المالي والإداري في المستشفيات، في تعميق العدالة وتحسين الوصول إلى الخدمات العلاجية المختلفة وانعكاسه على التكاليف المالية لها، وتعزيز كفاءة النظام الصحي وزيادة الإنتاجية الشخصية ، من الخدمات والتسهيلات الصحية الأولية، وتعزيز البرامج الصحية الوقائية والترويجية (Sadio ,1999).

وتعلب تفضيلات المرضى بين البدائل العلاجية والجماعات التي ينتمون إليها المرضى ، دوراً في التأثير على حجم الطلب . إن فهم الاختلاف في التفضيلات والجوانب السلوكية للمرضى ، يمكن التنبؤ معه بنوعية العلاج المناسب والخدمات العلاجية المرغوبة . ويشير التحليل إلى أن اختلاف التفضيلات العلاجية بين المرضى يعزز مستويين أو فئتين منهم اعتماداً على درجة حساسيتهم لتكاليف الحصول على الخدمات العلاجية أو الآثار الجانبية التي يتركها العلاج . فالأولى تهتم بفعالية العلاج ، حيث تعطي اهتماماً أقل للآثار الجانبية الناجمة عن العلاج وللتكاليف المختلفة عند الشراء ، فيما تتبنى الثانية وتسمى بالمجموعات الحساسة Some What Sensitive ، موقفاً يميل نحو الحساسية العالية للتكاليف المختلفة والآثار الجانبية التي يخلفها العلاج على : الوزن ، والشهوة الجنسية ، وشملت الفئة الأخيرة الشباب الذكور ، والأفراد ذوي المستويات التعليمية الدنيا . ويبين التحليل ذاته أن الذكور أكثر حساسية من الإناث بالنسبة للتغيرات السعرية والآثار الجانبية ، ويميل الأفراد الذكور ممن يحملون مستويات تعليمية دنيا إلى الحساسية الشديدة للأسعار والآثار الجانبية وبنسبة تصل إلى (95%) مقارنة بنظرائهم من حملة الشهادات الجامعية ، على اعتبار أن التعليم عموماً يقلل من عوائق استخدام الخدمات العلاجية (Thacher & Morey & Craighead , 2004 , P.P 3-9) .

وفي مكان آخر، صنفت العوامل المؤثرة على الطلب في مجموعتين شملت الأولى : الجودة، والأسعار، وأوقات الانتظار، والنفقات المالية على الأدوية ، و الطواقم الفنية ، وحجم الدخل المخصص للإنفاق الصحي . فيما شملت الثانية : الاستثمار المباشر والإنفاق على الخدمات العلاجية، والمعرفة والمعلومات المتاحة عن الخدمات العلاجية ، و البنى التحتية كالنقل والاتصالات، والقيم والعادات الثقافية والاجتماعية مثل الجنس والعائلة والدين مجموعتين (**Ensor & Coper, , 2002, P.P 3-6**) . إضافة إلى مدة الانتظار، والجودة المدركة على القرارات السلوكية للمرضى ، كما أدخل متغير الزيارات الطارئة للمستشفيات والمستوى التكنولوجي ، ومدخلات الخدمة العلاجية المطلوبة في غرف العناية الصحية والتي تزيد من احتمالية الشفاء (**Junoy , Saez & Garcia , 2001 , P.P 29-30**) . كما تؤثر القدرة العلاجية للمستشفى ممثلةً بالطاقة التشغيلية وعدد الأسرة ، بشكل واضح على تكاليف الحصول على تلك الخدمات، إضافة إلى وجود علاقة بين المدة الزمنية المخصصة للانتظار مع عدد الأطباء وتكاليف العناية الصحية (**Cecil , 2002, P.1**) .

أخيراً ، إن سلوك الفرد المشتري للخدمة العلاجية عموماً ، يعتمد على المناخ الاقتصادي السائد في الدولة أكثر من اعتماده على ظروف الفرد الاقتصادية، مما يعني أن معظم الأفراد والمجموعات التي ينتمون إليها ، لا تعتمد في سلوكها الشرائي على التغيرات والتذبذبات الاقتصادية، بل يشترون السفر والرفاهية حتى في فترات التباطؤ، وتنسب الدراسة ذلك السلوك إلى أن السفر هو جزء ثابت ومتضمن في أنماط الحياة المعيشية خاصة بين فئات الشباب منهم (**Toivonen , 2001**).

وتتابع نظرية التوقعات العقلانية **Rational Expectations** في هذا الجانب ، القول بتأثير المناخ السائد على قرار الشراء ، حيث تبين أن المستهلك في مفاضلته بين البدائل يعتمد على عناصر الدخل وأسعار السلع والخدمات ، كما يؤثر عنصر الوضع الاجتماعي **Social Class** كمتغير عقلاني إلى جانب العوامل الأخرى كالعمر، والفترة الزمنية ، والخبرة، و مستوى التعليم، والعائلة، والوظيفة، وبعض العوامل الإيديولوجية والسياسية والاجتماعية (**Lucas , 1967**). كما تعتمد ردة فعل المشتري على قدرته الشرائية ، فالطلب الفعال يرتبط بالحاجة أولاً والقدرة على شراء الخدمة العلاجية ثانياً ، بحيث يتضمن ارتفاع دخل الفرد وقوته الشرائية انتقاله لمنحنى تفضيل أعلى لإشباع حاجته المرتفعة . فالمريض في بحثه هذا يفضل الإقامة في

المستشفيات المتطورة وشراء العلاجات الأكثر فعالية (في الغالب مرتفعة السعر أو مستوردة)، واختيار الطبيب الأكثر كفاءة وغيرها من المزايا الأخرى (Bac ,2003) .

1.5.2 خصائص الطلب القائم على الخدمات العلاجية المحلية

تشير السياحة العلاجية إلى مجموع الطلب الكلي على الخدمات العلاجية ، والطلب على المنافع والتجهيزات والعناصر الطبية المختلفة ، إضافة إلى العمالة الطبية . و يشير حجم الطلب الكلي المحلي على الخدمات العلاجية من جميع مزوديها (وزارة الصحة، والقطاع الخاص ، والخدمات الطبية الملكية، والمستشفيات الجامعية، ووكالة الغوث) إلى نحو (3.5) مليون حالة عام 2002 أو ما نسبته (68%) من مجمل عدد السكان (AMIR Program , 2002 , p 9) ، وذلك قبل أن يرتفع عام 2004 ليصل إلى نحو (5.8) مليون حالة (وزارة الصحة والرعاية الصحية ، 2004 ، www.Moh.Gov .Jo) .

أما حجم الطلب الخارجي على الخدمات العلاجية المحلية ، فقدرته كلٌّ مِن وزارتي التخطيط و الصحة عام 2002 بنحو (109) ألف حالة ، ولدت ما يقارب (600) مليون دولار ، أو ما نسبته نحو (76.3%) من الدخل السياحي المتولد في العام ذاته (Ministry of Planning , Medical Tourism Cluster, 2004) . أما وزارة السياحة والآثار فقدرته بنحو (4.3) ألف حالة عام 2003 (وزارة السياحة والآثار ، 2003 ، WWW.MOTA.GOV.JO) ، فيما قدرته مؤسسة أندرسون للاستشارات خلال فترة السنوات الأربع الماضية ما بين (27-32) ألف فرد سنوياً، وتراوح الدخل المتولد عنه بالمتوسط ما بين (148-175) مليون دولار سنوياً. وبينت المعلومات الصادرة عن مديرية السياحة الطبية العلاجية لعام 2004 وصول هذا الطلب إلى نحو (103.3) ألف مريض .

وتركزت الحالات المرضية في مجموعة من الأسواق شملت بترتيب أهميتها اليمن، وفلسطين، وليبيا ، والسودان ، والسعودية ، والبحرين، والجزائر، والمغرب، وتونس، والعراق . فيما توزع الطلب على الخدمات العلاجية الدقيقة والمتطورة مثل أمراض السرطان ، والقلب ، والأمراض الجلدية ، والدماغ والأعصاب ، والعظام والمفاصل ، والعيون (مديرية السياحة الطبية العلاجية ، مؤشرات التميز الطبي في الأردن ، 2005) .

يعود اختلاف تقديرات الطلب الخارجي السابقة على الخدمات العلاجية المحليـة ، إلـى طبيعة الحالات العلاجية التي شملها التقدير، والمعايير المستخدمة فيه ومـدى انسـجامها مـع المعايير الدولية في هذا المجال ، كما أن عدم وجود جهات وطنية متخصصة فـي الإحصـاء السياحي، وضعف آليات التنسيق والمتابعة مع المرضى لحصر أعدادهم الفعلية ، أدت جميعها إلى التأثير السلبي على تقدير الحجم الحقيقي للسياحة العلاجية الوافدة إلى الأردن . لذلك يميـل البحث إلى اعتبار أن القيم والبيانات الصادرة عن المستشفيات ي الأقرب للواقع ،وذلك بسـبب تمثيلها لمعظم الحالات المرضية الواردة إليها .

واعتماداً على ما سبق ، يمكن تصنيف العوامل المؤثرة على مشتري الخدمات العلاجيـة الأردنية إلى أربعة مجموعات يعتقد بتأثيرها وهي كما يأتي :

1.1.5.2 العوامل السيكولوجية

1- إدراك الحاجة للعلاج : Need Recognition

يتمثل إدراك المريض لحاجته العلاجية ،من الاعتقاد بفعالية المعالجة الناجمة عنها ، مما يولد الرغبة في شرائه ، وبالتالي ترجمة هذه الرغبة إلى إنفاق فعلي للحصول عليها . وتحـدد طبيعة الإصابة بالمرض الرغبة في شراء الخدمة العلاجية في وقت معين ، وهو أمر يصـعب تحديده أو توقعه عشوائياً بالنسبة لفرد معين ، لكن يمكن توقعه والتنبؤ به بالنسبة لمجموعـات الأعمار وتوزيع الجنس داخل المجتمع ككل ، وإمكانية تحديد معدل توقع الحياة وغيرها .

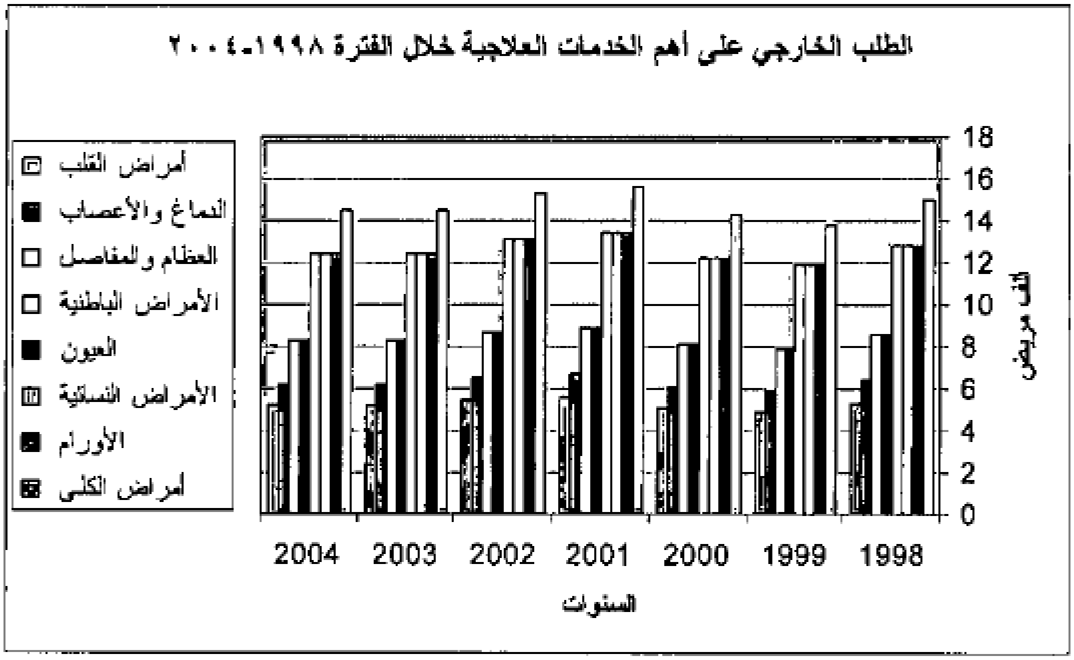
ويبين الشكل التالي رقم (1) أهم الخدمات العلاجية التي احتاجهـا الطلـب الخـارجي ، لكونها تعبر عن إدراكه بأهمية الخدمة العلاجية المحلية ، ونستنتج منه ما يلي :

-تركز الطلب الخارجي بنسبة (50%) منه في أمراض القلب ، والـدماغ والأعصـاب ، والعظام والمفاصل ، و الأمراض الباطنية .

-ضعف الطلب على التجميل والأسنان ، والأمراض الجلدية ، بشكل لا يناسب الإمكانات الطبية المتاحة في هذا المجال .

- الحاجة التخصصية لاستثمارات جديدة في مجال الأطفال .

الشكل رقم (1)



المصدر : وزارة الصحة ، مديرية السياحة الطبية العلاجية ، 1998-2004 ، عمان .

2- مزاج المريض : Patient's Momentary

قد يتعرض المريض لحالات من القلق ، والغضب ، والخوف ، والإجهاد ، والرضا وغيرها من الحالات التي من شأنها التأثير على رغبته في استقبال المعلومة الصحية أو البحث عنها ، أو تقييمها بالشكل الصحيح أو الدقيق ، وبالتالي تأثيرها على السلوك الشرائي واتخاذه لقرار الشراء. فتبين المعلومات المتاحة أن (70%) من الطلب الخارجي غير راضون عن أسعار بيع الخدمات العلاجية في المستشفيات الخاصة ، والنسبة الباقية عبرت عن عدم رضاها عن الممارسات الطبية التي تلقوها في تلك المستشفيات ، كما بينت أن (39%) من الطلب الخارجي اختار العلاج في تلك المستشفيات بسبب مهارات الأطباء العاملين فيها وسمعتهم الطبية **(MOP, Medical Tourism , 2004 , P.23 , P.15)** .

2.1.5.2 العوامل الحسية

1- إدراك الوقت :

يعتبر الوقت أحد العناصر الإنتاجية التي تتسم بالندرة النسبية ، ومن قيود الموارد التي يواجهها المريض والمنتج أيضاً ، كونه يتضمن تكلفة بديلة لفرص الحصول على خدمة متميزة في وقت سريع . فالقيام بعمل وجبة غذائية في المنزل يتطلب زمناً أطول من وقت تناولها في المطعم ، لذا يمكن القول أن ارتفاع تكلفة الوقت سيجعل الفرد مضطراً للإحلال بين السلع

والخدمات التي يشتريها عبر الزمن ، كما أن انخفاض التكلفة الزمنية للحصول على الخدمة العلاجية ، يتوقع معها زيادة الكمية المطلوبة من تلك الخدمات (Douglass , 1989, p.73) .وعليه فقد بينت بعض الدراسات عدداً من المضامين التي توضح أهمية تأثير الزمن على طلب الخدمات العلاجية وذلك كما يأتي:

1-أن انخفاض أسعار الخدمات العلاجية ، التي يمكن الحصول عليها من الموارد المالية الذاتية للفرد (بعيداً عن أنظمة التامين الصحي، أو المساعدات الحكومية) ، هي الأكثر حساسية على طلب الخدمة العلاجية بالنسبة للزمن . وفي حالة ضغط الطلب ، تلجأ المستشفيات إلى تخصيص الخدمات الطبية للأفراد الذين يستطيعون الانتظار والذين تقل تكلفة الزمن لديهم ، مقارنة بالأفراد الذين تزداد تكلفة الفرصة البديلة لزمنهم ، ممن يرغبون الحصول على رعاية صحية أسرع (فالدستين ،2002 ، ص75- 76) .

2-أن زيادة الطلب على الخدمات الطبية من قبل مجموعة معينة من السكان ، قد يكون بسبب انخفاض التكلفة المالية ، أو انخفاض تكلفة الوقت المستغرق للحصول عليها . فإنشاء المستشفيات والمراكز العلاجية قرب التجمعات السكنية ، سيقلل من الزمن المستغرق للحصول على الخدمة من موقع العلاج ، وبالتالي يزداد معه الطلب عليها (فالدستين ،2002 ، ص75- 76) .

3-يأخذ المخططون أثناء تحديد حجم المستشفيات العاملة في السوق ، تكلفة الزمن التي يتحملها المريض للحصول على الخدمة العلاجية ، وتضاف إلى تكاليف إنشاء المستشفيات ، وذلك للوقوف على التكلفة الحقيقية للخدمة العلاجية (فالدستين ،2002 ، ص75- 76).

في الإطار ذاته ، تبين المعلومات المتاحة أن المستشفيات الخاصة في الأردن تعاني ضعف الطلب وفائض العرض في خدماتها العلاجية ، مما يعني قصر فترة الانتظار وانخفاض التكاليف الزمنية التي سيتحملها المريض لحصوله على الخدمة . و تنحصر هذه التكلفة في ما يقضيه المريض داخل المستشفى أثناء علاجه ، وتبين البيانات أن معدل إقامة المريض في المستشفيات الخاصة بلغ عام 2004 نحو (2.6) يوماً (وزارة الصحة ، مؤشرات صحية مختارة ،2004).

2-الجودة :

تبين المعلومات المتاحة أن جودة الخدمات العلاجية في الأردن ما زالت بحاجة إلى مزيد من الإصلاح والتطوير ، وتعميق سمعتها ومكانتها في الأسواق المستهدفة مقارنة بالمنتج اللبناني مثلاً (MOP , Medical Tourism , 2004 , P.16) .

3- معرفة المريض بالخدمة : Patient Knowledge

يشير مفهوم المعرفة إلى مجموع المعلومات المخزنة في ذاكرة المرضى ، و من حولهم من الجماعات المرجعية **Reference Groups** مثل العائلة والأصدقاء والأقارب التي يعتقد بتأثيرها على قرار شراء الخدمة العلاجية . فبموجبها يمكن تخزين التصور والانطباع العامين **Imaging** عن الخدمة ، ومعها يتم إدراك الجوانب المادية والمنافع المتحققة من استهلاك الخدمة (Irwin , 2002 , P. 282) .

تشير المعلومات المتاحة أن مصادر تكوين المعرفة للطلب الخارجي عن الخدمات العلاجية الأردنية كانت كما يلي (MOP , Medical Tourism , 2004 , P.P 17 , 23):

-الإعلان بالوسائل المختلفة بنسبة(41%) ، منها(69%) جراء استخدام أدوات الترويج الطبي.

-كلمة الفم والقصص والروايات المنقولة وكانت بنسبة (59%) من مجمل الحالات المرضية .

-البروتوكولات الثنائية بين المستشفيات .

3.1.5.2 العوامل الثقافية والسياسية

1- الاستقرار السياسي والاجتماعي :

يعد الطلب على الخدمات التي ترتبط بالسفر والتنقل مرتفع الحساسية ، للتغيرات السياسية والأمنية والاجتماعية التي تحدث في دولة ما ويتأثر بها بشكل واضح ، وغالباً ما تكون حالات عدم الاستقرار وانعدام الثقة عوامل طاردة لمثل هذا النوع من الطلب ، وتبين المعلومات المتوفرة أن الأردن يتمتع بدرجة عالية من الاستقرار السياسي والاجتماعي ، مقارنة بالمناطق المحيطة وبعض الأسواق المنافسة في المنطقة .

2 -العوامل السكانية والثقافية :

يعتمد الطلب الإيجابي على سعة السوق الذي تعرض فيه الخدمات العلاجية ، حيث يولد هذا السوق زيادة نسبية في حجم الطلب أكثر من الأسواق الأخرى .وما يراد هنا لا يتعلق بالزيادة المطلقة في عدد السكان ، إنما التغيرات الحاصلة في الهيكل والتركيب العمري والخصائص المختلفة له . فالتركيب العمري له دور في تفسير تغيرات الطلب على الخدمات الطبية ، فزيادة عمر الإنسان يرافقه زيادة في احتمالية الإصابة بالمرض عموماً ، كما أن زيادة أعداد المتقاعدين وكبار السن في المجتمع ، يزيد من الحاجة للفحوصات التشخيصية الدورية والتحليل الطبي المستمر (فلدستين ، 2002 ، ص 135).

كما تؤثر الخصائص التعليمية على الطلب أيضاً ، فزيادة معدلات التعليم تزيد من رغبة الأفراد في التعرف على الأعراض المبكرة للأمراض ، وبالتالي الرغبة في البحث والتقصي عن العلاج المبكر ، مما يعني معه زيادة الإنفاق على الخدمات الصحية الوقائية ، كمحاولة لتخفيضه في المراحل اللاحقة من العمر . ويؤدي مستوى التعليم المرتفع أيضاً إلى زيادة الكفاءة في تخصيص المشتريات والاستخدامات المختلفة للخدمات الطبية . فعدد سنوات التعليم قد يكون مقياساً أساسياً في معادلة الوعي الطبي المرتبط بزيادة الحاجة لخدمات الرعاية الصحية ، ومحاولة البحث عن الكفاءة الأكبر في شراء وإنتاج الرعاية الصحية ، لذا فإن الفروق التعليمية بين المجتمعات تسبب فروقاً أساسية في تخصيص الإنفاق الصحي وأوجه استخداماته (فلدستين ، 2002 ، ص 136). .وأخيراً ، تؤثر الخصائص السكانية الأخرى مثل عدد المواليد والأطفال والقطاع العائلي وقوته الشرائية وأصوله بشكل إيجابي في دراسة الطلب على الخدمات الطبية والعلاجية في مختلف المجتمعات .

3- التدخل الحكومي : Governments Intervention

يتمثل ذلك في إدارة الموارد والعناصر المكونة للقطاع الطبي بكفاءة وفعالية ، والقدرة على التحكم بظروف السوق و التكيف معها ، والتنبؤ والإلمام بعناصر البيئة الخارجية ، كما يتضمن قدرة الدولة على توفير الكوادر والاحتياجات اللازمة لتقديم الخدمة بالصورة المطلوبة مثل الأدوية والعلاجات المختلفة (Ensor & Cooper , 2002 , P.P 27-32) .

4.1.5.2 العوامل الاقتصادية

تتجاوز هذه العوامل كونها سلعاً غير ملموسة إلى كونها تشكل سلعاً استثمارية بالإنفاق عليها، وبموجبها تتشكل العوامل الاقتصادية المؤثرة على هذا النوع من الطلب ، وهذه العوامل هي كالتالي:

1- السعر :

يرى الكثير من المختصين أن هناك أثراً لانخفاض السعر على الكمية المطلوبة من الخدمات العلاجية ، فمن جهة فإن توفر بدائل للخدمة العلاجية يجعل المريض يطلب مجموعات مختلفة من الرعاية الصحية ، في المستشفى مثل خدمات العيادات الخارجية والرعاية التمريضية في المنزل ، وفترة الإقامة ؛ بشكل قد يسبب الاختلاف في استخدامات وتكاليف المؤسسات العلاجية ، وذلك باعتبار أن السعر يعبر عن التكلفة التي يدفعها المريض لتلك الخدمات والمكملات العلاجية الأخرى. ومن جهة أخرى يقوم التأمين الصحي وخدماته بإعادة توزيع الدخل بين الأفراد ، ويعتبر من أهم العوامل المؤثرة في تخفيض سعر بيع الخدمة العلاجية ،

وبالتالي تأثيره في زيادة الكمية المطلوبة منها (فالدستين ، 2002 ، ص139) . ويتضمن هذا السعر عدداً من العناصر تشمل : السعر المباشر المدفوع مقابل الخدمة ، والمسافة التي يقطعها المستهلك لشراء السلعة ، وتكلفة الفرصة البديلة لشراء الخدمة العلاجية ، وتكلفة الإحلال بين مكونات الخدمة العلاجية المختلفة ، والمدفوعات الأخرى غير المنتظمة مثل رسوم المراجعة والكشف الدوري وغيرها (Ensor & Cooper, 2002 , P.25) .

إن أخذ التكاليف المختلفة عند إنشاء المستشفيات والمراكز العلاجية بعين الاعتبار ، سيعمل على تخفيض تكاليف الإنشاء ونوعية الخدمة المقدمة ، مما يعني الاكتفاء بعدد قليل من الغرف الكبيرة ، والأدوات والخدمات العلاجية المحدودة . كما نضيف مجموعة أخرى من المحددات التي تؤثر على سعر الخدمة العلاجية من سوق ما وهي كما يلي (Ensor & Cooper , 2002, P.7) :

- الوقت الذي تطلب فيه الخدمة ، **Time Request Of Service.**
- نوع الخدمة المطلوبة **Customers Selection Service** .
- تصميم الخدمة العلاجية ومراحل إنتاجها وكيفية استهلاكها **Service Process** .
- أهمية المريض ووضعه الاجتماعي والاقتصادي **Importance Of Customers** .
- جودة الخدمة ونوعيتها **Service Quality** .
- وقت الانتظار المستغرق للحصول على الخدمة **Waiting Time List.**
- خبرة المريض وتجاربه السابقة في شراء الخدمة **Last Experience** .
- التكاليف المالية المترتبة للحصول على الخدمة **Payment Of Premium Price.**
- المدة المستغرقة لتقديم الخدمة **Duration Of Service Transition** .

2- الدخل :

يعرف بأنه مقدار المبلغ المخصص للإنفاق على الخدمات العلاجية نسبة إلى مجمل الدخل المتاح للفرد ، وكما ترى القاعدة الاقتصادية بوجود علاقة طردية تجمع بين الدخل وحجم الطلب على الخدمات الطبية (حداد والخطيب ، 2002 ، ص67) . كما بينت الدراسات التي اختبرت العلاقة بين الدخل والطلب ، بأن الأسر والأفراد ذوي الدخول المرتفعة ينفقون أكثر على الخدمات الطبية بزيادة الدخل ، رغم أن نسبة ما ينفق عليها من الدخل تقل بزيادته، و بينت أيضاً أن مرونة الطلب الدخلية أقل من الواحد الصحيح اعتماداً على ذلك. فيما استبعدت دراسات أخرى آثار الدخل المخصص للإنفاق على شراء التأمين الصحي والدخل الطارئ (الذي يحصل عليه الفرد

بشكل عرضي نتيجة مكافأة أو علاوة إضافية) [1] . وعليه فإن مرونة الطلب الدخلية تزداد بموجبها إلى الواحد الصحيح وهو ما يطلق عليه الطلب آحادي المرونة الذي يبين أن الزيادة الحاصلة في الطلب على الخدمات العلاجية نتيجة زيادة الدخل تتم بنسبة متساوية (فلاستين ، 2002، ص137) .

خلاصة القول ، أن العوامل المؤثرة على الطلب الخارجي على الخدمات العلاجية الأردنية ، يمكن تقسيمها إلى قسمين هما :

أ. عوامل تتعلق بالطلب ويشمل ما يلي :

1-**الإدراك** بحاجة الخدمة العلاجية و الاعتقاد بفعاليتها في التأثير على قرار شراء الخدمة العلاجية ، و إدراك الجوانب المادية والمنافع المتحققة من استهلاكها ، وتوفر الوقت الكافي للحصول على خدمات علاجية تتسم بالجودة .

2-**تكاليف الحصول** على الخدمة العلاجية المباشرة وغير المباشرة مثل سعر شراء الخدمة العلاجية، و تكاليف السفر والانتقال و الإقامة .

3-**القدرة الشرائية للمريض** ، أو المبالغ المخصصة للإنفاق على شراء الخدمات العلاجية ، وتوفر الجهات الداعمة لشراء تلك الخدمة مثل شركات التأمين والتأمين الصحي الحكومي .

4-**الخصائص السكانية والثقافية** مثل التركيب العمري للطلب ، و مستوى التعليم ، وعدد المواليد وحجم القطاع العائلي .

ب. عوامل تتعلق بالعرض :

1-**الاستقرار السياسي والاجتماعي** في الدولة التي تبيع الخدمة العلاجية .

2-**قدرة الدولة على الإنفاق** ، وإدارة سوق الخدمات العلاجية فيها والتكيف مع ظروف السوق ، إضافة إلى توفير الكوادر والتجهيزات اللازمة لتقديم الخدمة العلاجية .

---

[1] تشير النظرية الاقتصادية أن الإشارة الموجبة للمرونة تعني أن الصحة سلعة عادية **Normal Good** يزداد الطلب عليها بزيادة الدخل ، فيما تبين الإشارة السالبة على أنها سلعة رديئة **Inferior Good** ، وهي تلك السلعة التي ينخفض الطلب عليها بزيادة الدخل (النصر وشامية ، 1989، ص 138) .

الجدول رقم (14)

أثر تغير الدخل في بعض الأسواق الخارجية على طلب الخدمة العلاجية الأردنية لعام 2004

الدولة	معامل التغير	نوع الطلب	التفسير
سوريا	42.5	مرن	أن الخدمات العلاجية المحلية سلعة رفاهية (مهمة)، يزداد الطلب عليها بزيادة الدخل .
السعودية	-26.1	مرن	سيؤدي ارتفاع الدخل إلى البحث عن أسواق أخرى أكثر جودة ، أو أقل سعراً مقارنة بالأردن.
اليمن	907.6	مرن	تعتبر الخدمات العلاجية المحلية الأكثر أهمية لليمن مقارنة بالأسواق الأخرى ، فكل تغير بمقدار 1% في دخل الفرد اليمني سيزيد الطلب من الأردن بمقدار 907 مريضاً .
البحرين	-53.1	مرن	أن انخفاض الدخل سيزيد من الطلب على الخدمات العلاجية الأردنية، كونها تصبح أكثر ملائمة لقوته الشرائية .
عمان	23.6	مرن	على عكس الدول الخليجية ، حيث يزداد الطلب على الخدمات العلاجية الأردنية بزيادة دخل الفرد العماني .

المصدر : احتسبت من قبل الباحث اعتماداً على بيانات منظمة الصحة العالمية ، بيانات مختارة ، 2004 .

6.2 خصائص الكوادر الطبية المعالجة

بهدف تقديم الخدمة العلاجية المناسبة في المستشفيات ، فلابد من وجود من يقوم بهذه الوظيفة، بالتالي فإن الكوادر البشرية العاملة تكّون ركناً أساسياً من البرنامج التسويقي لأي مستشفى. ويقصد بهذه الكوادر مجموعة الأشخاص الذين يشاركون في تقديم الخدمة العلاجية للمرضى المستفيدين منها ، ويمتلكون القوة التأثيرية لحث المرضى على شراء الخدمة العلاجية، وتشمل تلك العناصر بالأطباء ، والكوادر التمريضية ، والإدارة ، والعاملين في الخدمة .

وتبين المعلومات المتاحة أن العلاقة بين المرضى والكوادر الطبية والإدارية العاملة في المستشفيات ، تقوم على أساس علاقة اعتمادية تبني على مجموعة من الأسس نوردها كما يأتي:

- الثقة التي يمنحها المرضى للكوادر العاملة بقبول الخدمة العلاجية المقدمة لهم .
- درجة الرضا المتحقق من قبول الخدمة العلاجية ونتائجها .
- استمرار العلاقة المستقبلية بين المرضى والعاملين في تلك المستشفيات .
- كما لا يكفي أن تكون العلاقة بين المرضى والعاملين في المستشفى ، محصورة في الجانب الشخصي ، بل يسعى العاملين لجعل تلك العلاقة عفي أقصى درجات الانتماء والولاء إلى المستشفى ، والخدمات العلاجية التي يقدمها .

منْ جانب أخر ، قد يحتاج المريض إلى مساعدة العاملين في المستشفيات ، للتوضيح والاستفسار عن بعض القضايا المتعلقة بمخاطر اتخاذ شراء الخدمة العلاجية كونه يرتبط بديمومته وصحته ، وهذا يتطلب بطبيعة الحال قيام العاملين بتوضيح نوعية ومستوى الخدمة العلاجية المباعة قبل شرائها . وتبين المعلومات أن هذا العنصر الهام في مزيج الخدمة العلاجية يمكن النظر إليه من خلال عدة محاور كما يلي :

- **الأفراد كمورد :** فهي تساهم في تنفيذ استراتيجيات المنظمة وتدعم أداءها لتحقيق أهدافها، كما تحسن من المقدرة التنافسية لها . ولتحقيق ذلك لابد من دورٍ للمنظمة في تلبية متطلبات القوى البشرية المالية والمادية والنفسية ، واستخدام مبدأ المكافآت والحوافز ، والتدريب والتطوير والتأهيل ، إضافة إلى وضع أهداف تتناسب مع قدرات ومؤهلات تلك العمالة .

- **الأفراد كمحتوى ثقافي وسياسي داخل المنظمة :** وهذا يعني وجود تنوع للثقافات بين الأفراد العاملين أنفسهم داخل المنظمات ، ودور هذا التنوع في نجاح أو فشل أهداف

المنظمات ، والاستراتيجيات التنافسية . ويأتي دور المنظمة هنا في تشجيع الحوار بين العاملين ، وتعليم المدراء على كيفية إدارة التنوع بين تلك الثقافات .

- **الأفراد كتنظيم** وينظر إلى هذا الدور كما يأتي :
  أ. النظر إلى القيمة الحقيقة التي يضيفها الأفراد للمنظمة .
  ب. إدارة الأفراد من الناحية الاستراتيجية .
  ت. تقسيم المسؤوليات بين الأفراد ، ووحدات العمل المختلفة .
  ث. تطوير الأفراد بشكل مجزأ ، كل وحدة أو عامل على حده .
  ج. التوفيق بين نوع الطاقم العامل ، والأهداف المنوي تحقيقها ، والترتيبات الإدارية .

من هنا ، تعتبر الموارد البشرية الطبية من أهم مدخلات إنتاج الخدمة العلاجية ، ومورد فاعل لتمكين المستشفيات من النجاح **Enabling Success** ، فمن جهة يجب أن تكون استراتيجيات الموارد البشرية داعمة لاستراتيجيات عمل المستشفيات في تحقيقها لأهدافها قصيرة المدى ، كما ترتبط ببناء الميزة التنافسية والجدارة لتلك المستشفيات على المدى الطويل . ويتوفر في القطاع الطبي المحلي من القوى البشرية ما يمكن اعتباره كافياً لإدارة وتقديم الخدمة العلاجية بطريقة مناسبة ، فتتوفر العمالة الفنية والإدارية المناسبة للمستشفيات والمراكز المتخصصة، بل يمكن القول أن القطاع يعاني من فائض عرض في بعض عناصره المتاحة .

أخيراً نقول أن القوى البشرية من أهم العناصر التي تحقق أهداف المنظمة ، فعمليات الإنتاج والتسويق والبحوث والتمويل ، جميعها قرارات تحتاج إلى مختلف المهارات والخبرات البشرية ، وهنا تصبح وظيفة الإدارة في توفير هي : احتياجات المنظمة في الوقت المناسب والنوعية المناسبة من تلك القوى ، وبما ينسجم ويساهم في تحقيق أهداف المنظمة . واعتماداً على الأدوار التي من الممكن أن تلعبها الموارد البشرية في المنظمات ، فإنه يبقى بجانبها مسؤولية أساسية من جانب إدارة المنظمة لتحقيق ذلك الدور وذلك كما يلي :

- القدرة على إدارة العاملين وفهم متطلباتهم بطريقة علمية صحيحة .
- أن تمارس دور المحرض **Instigator** على الأفكار الريادية والإبداع .
- إدارة التغيير ، والقدرة على تنفيذ هذا التغيير في المنظمة .
- القدرة على تنفيذ الاستراتيجات التي تحقق أهداف المنظمة .

- الحفاظ على الصفة الوظيفية التي تمارسها المنظمة .

1.6.2 خصائص الكوادر الطبية العاملة في الأردن

شكل العاملين في القطاع الصحي في الأردن ما نسبته (4.9%) وذلك عـام 2005 (دائـرة الإحصاءات العامة ،2006)، وتعتبر تلك الموارد من العوامل الرئيسية التي تقوم عليها تنمية القطـاع الطبي في الأردن بشكل عام ، بل يمكن القول أنها تمثل أحد ركائز الميـزة التنافسـية لقطـاع السياحية العلاجية ، ولذلك أدت التغيرات الطبية التي حدثت في مجمل القطـاع ، إلـى زيـادة الاهتمام بنوعية الأطباء ومختلف الكوادر الأخرى العاملة في القطاع .

فتقوم الكوادر الطبية و الإدارية العاملة بأدوار أساسية تشمل " تقديم خدمات الاستشـارة والتشخيص وتقديم الخدمات العلاجية للمرضى ، والوصفات العلاجية وغيرها من الخدمات التي ترتبط مباشرة بعملية تقديم الخدمة العلاجية ، كما تقوم بدور أساسي يتمثل في تسويق الخدمات العلاجية المتاحة للمرضى بشكل مباشر .

فكون أن تقديم الخدمات العلاجية يصنف ضمن الخدمات مرتفعة الاتصال مع الإنسـان High Contact People فهذا يعطي تلك القوى مهمة التأثير على المرضى ، ومحاولة إقناعهم بشراء تلك الخدمة وتكرار شرائها في المستقبل . فقد بينت الدراسات أن الخيارات المتاحة أمام المرضى لشراء الخدمات العلاجية ، اعتمدت إلى حد كبير على الأشخاص الذين يتعامل معهـم المريض أو يعرفهم عند تقديم الخدمة العلاجية ، بشكل يفوق الاعتماد علـى قـراءة أو رؤيـة وسائل الإعلام المختلفة . ويمكن الإشارة هنا ، أن رجال بيع الخدمات العلاجية قد يتم من خلال الطبيب أو الكوادر التمريضية، أو الإداريين والفنيين العاملين في المستشفى (البكـري ، 2005 ، ص 250) .

وتعتبر المؤسسات التعليمية في الأردن الرافد الأساسي للقطاع الطبي من القوى البشـرية المؤهلة ، ولهذا تم الربط لاحقاً بين نوعية البرامج القائمة في تلك المؤسسات و احتياجات سوق العمل مواكبةً بذلك التطورات الطبية في العلوم الحديثة . يوجد فـي الأردن ثلاثـة جامعـات حكومية تمنح تخصص الطب وطب الأسنان بمختلف الدرجات العلميـة المتاحـة (الجامعـة الأردنية، والعلوم والتكنولوجيا، ومؤتة) ، وقد تخرج من تلك الجامعات مجتمعةً نحـو ألـف طالب ، و(823) عام 2006 وذلك على التوالي . إضافة إلى كلية الأميرة منى للتمريض التابعـة للخدمات الطبية الملكية (وزارة التعليم العالي ، 2006)

كما تمنح تلك الجامعات أيضاً تخصصي الصيدلة والتمريض بالاشتراك مع عدد من الجامعات الخاصة هي : جامعة عمان الأهلية، وجامعة البترا ، وجامعة الزيتونة ، جامعة العلوم التطبيقية ، وجامعة فيلادلفيا ، وجامعة الإسراء . ويمكن القول أن هناك ما يكفي من الصيادلة المسجلين والمؤهلين للعمل في القطاع ، لكن تسرب الممرضين للعمل في الدول المجاورة بسبب تفاوت المزايا الوظيفية والحوافز المالية ، أعطى هذه المهنة صفة الحاجة المستمرة لمواكبة التطور والتوسع الحاصل في القطاع في مجال تقديم الخدمة العلاجية في الأردن .

هذا ويتوفر عدد من كليات العلوم الطبية المساندة **Para Medical Colleges** التي توفر مهن مساعدي التمريض وتكنولوجيا العلاج، وصناعة الأسنان، والمختبرات الطبية وغيرها من التخصصات ، حيث بلغ مجمل عدد الخريجين من هذه التخصصات عام **2006** نحو **(5.2)** ألف طالب ، فيما تبين البيانات أن أعداد الملتحقين في هذه التخصصات ببداية العام نفسه بلغت **(11.9)** ألف طالب توزعوا على مختلف الكليات والجامعات في الأردن (وزارة التعليم العالي ، التقرير الإحصائي السنوي ، **2006**) ، وبالتالي فإن هذا يدعم السياسات الحكومية المتعلقة بالتوسع في أعداد الخريجين من تلك التخصصات لتلبية احتياجات السوق المحلي بشكل رئيسي .

أما فيما يتعلق بالخصائص الوظيفية للكوادر الطبية العاملة في القطاع ، فيبينها الجدول رقم **(15)**، وهو الذي يرى أن جزءاً كبيراً من القوى الطبية المتخصصة (الأطباء ، وأطباء الأسنان ، والصيادلة) تتركز في القطاع الخاص وبنسبة تصل إلى **(93%)** و **(80.8%)** و **(60%)** في مهن الصيدلة وأطباء الأسنان والأطباء وذلك على التوالي . وفي هذا إشارة إلى احتجاز القطاع الخاص جزءاً ليس يسيراً من مجمل القوى المتوفرة في الأردن مقارنة بما يمتلكه القطاع العام منها . الأمر الذي قد يسبب ضعفاً في قدرة الأخير على تقديم خدماته العلاجية بشكل فاعل ومتطور ، أو أنه جراء ذلك قد يقتصر ممارسته على الأعمال الطبية البسيطة غير المعقدة تنسج مع إمكانياته وقدراته الطبية والعلاجية .

كما تبين المعلومات المتاحة في هذا المجال أن الكوادر البشرية العاملة في القطاع الطبي في الأردن ، تتسم بالخصائص التالية (وزارة الصحة ، التقرير الإحصائي السنوي ، **2005**):

اعتماداً على ما سبق ، تبين الدراسات أن العمالة الطبية تتسم بعدد من الخصائص نوردها فيما يلي (الخطة الاجتماعية والاقتصادية ، 1999-2003) :

- انخفاض العمالة الوافدة في القطاع ، باستثناء بعض المستشفيات التي شهدت نقصاً حاداً في تلبية احتياجاتها من الأطباء وقامت بتعويض هذا النقص من الأطباء العراقيين المقيمين في الأردن .
- انخفاض أعداد الخريجين الجدد الداخلين إلى القطاع الطبي ، بسبب التعليمات والقوانين التي تركز على نوعية الطلبة الذي يسمح لهم دراسة التخصصات الطبية والتمريضية ، وربط تلك المخرجات بسوق العمل .
- يعتبر القطاع الطبي في الأردن مصدراً للكوادر التمريضية إلى الدول المحيطة ، ورغم الاحتياجات المتزايدة التي يشهدها السوق المحلي ، فقد الحكومة باتخاذ مجموعة من الإجراءات التقييدية التي من شأنها الحد من تسرب تلك التخصصات .
- توسع مشاركة المرأة في القطاع الطبي على اختلاف التخصصات ، وهذا يعطي القطاع ميزة التنوع في الكوادر المتاحة ، التي تناسب مختلف الأنماط الشرائية القائمة للطلب الأجنبي .
- ارتفاع معدلات أجور الأطباء في الأردن عند مقارنتها بمعدلات الأجور في معظم الدول المحيطة ، حيث حددت تعليمات نقابة الأطباء ، أجر الطبيب عند تخرجه من الجامعة بحوالي (700) دولار . بينما نجد تكاليف الأطباء في مصر تقل بنحو (10) أضعاف عن مثيلتها في الأردن ، فيما تقل رسوم الأطباء في الأردن بنسبة تصل إلى (50%) عن مثيلتها في لبنان .

ورغم ذلك ، فإن الكوادر الطبية العاملة في الأردن ، تعاني من مجموعة من المشكلات نوردها فيما يلي :

-محدودية الموارد المالية المتاحة لأغراض التأهيل والتدريب ، خاصة الأطباء العاملين في المستشفيات الحكومية .

-غياب التنسيق بين المؤسسات الطبية العاملة ،في مجال توحيد الأجور والمزايا الوظيفية بين القطاعات المختلفة .

-تسرب الكثير من الكوادر الطبية العاملة في المستشفيات الحكومية إلى مستشفيات القطاع الخاص المحلي ، وبشكل قد يسبب ضعف في قدرة الأول على تقديم خدماته العلاجية النوعية .

-نقص الأطباء العاملين في بعض التخصصات ، خاصة الحديثة منها ، بشكل قد يـؤثر على استمرارية المستشفيات في تقديم الخدمات العلاجية المتطورة .

-ضعف الإقبال على مهنة التمريض في الأردن ، خاصة من الإناث كونها تتطلب العمل لفترات طويلة في المستشفيات .

-حيازة المستشفيات الحكومية على نسبة كبيرة من القابلات القانونيات العاملات ، مقارنة بما يمتلكه القطاع الخاص منهن .

-اعتماد المستشفيات الحكومية على نسبة كبيرة من مساعدي التمريض وعمال التمريض في تقديم الخدمة العلاجية ، مقارنة بما يمتلكه القطاع الخاص من تلك الفئات .

أما التدريب والتعليم السياحي، فتطورت الحاجة إلى القوى السياحية المؤهلـة لتسـويق القطاع السياحي بمختلف أشكاله ، حتى وصلت عام **2005** إلى نحو **(29.4)** ألف عامل ، مـنهم نحو **(88.7%)** من العمالة المحلية . وقد بينت الدراسات أن فرص العمل غير المباشـرة فـي القطاع السياحي بلغت نحو **(117.6)** ألف فرصة ، لأن فرصة العمل المباشرة تولـد بالمتوسـط أربع فرص أخرى في نفس القطاع (وزارة السياحة والآثار ، الفعاليات السـياحية ، **2005**) . لكن ليس هناك ما يشير إلى مدى مساهمة تلك القوى في تسويق الخدمة العلاجية في الأسواق المستهدفة ، ممـا يوجب البحث عن قوى تسويقية طبية مختصة وقادرة على تقديم المعرفة المتعلقة بالاستفسارات والمعلومات التي يحتاجها المريض عن الخدمة العلاجية .

من جهة ثانية هدفت الاستراتيجية السياحية ضمن محور الموارد البشرية إلـى محاولـة تطوير القوى السياحية والاستثمار الأمثل في الطاقات والكوادر المتاحة بالتـدريب والتأهيـل، وإشراكها في برامج التوعية والتثقيف . إضافة إلى تعميق الوعي والإدراك بأهميـة السـياحة والمحافظة على الموارد السياحية وتجسيد مفهوم الثقافة السياحية .

الجدول رقم (15)

القوى الطبية العاملة في الأردن لعام 2005

الفئة	الأطباء physicians	أطباء الأسنان Dentists	الصيادلة Pharmacists	التمريض Nursing	عمال التمريض	مساعدو التمريض Nursing Assistance	القابلات القانونيات Midwives
عدد العاملين (ألف)	12.9	4.2	7.1	9.5	1.3	5	1.4
الحصة من السكان / عنصر طبي	425	1306	772	577	4278	1097	38919
القطاع العام %	26.8	13.1	3.6	37.6	100	66.9	76.3
القطاع الخاص %	60	80.8	93.6	31.9	0	10.7	15.4
ملاحظات	60 منهم تخصص عام مقابل 3.9% جراحة عامة .	تفاوت الحوافز النقدية بين القطاعين .	-الحاجة لمزيد من المختصين في هذه المهنة. -نمت معها صناعة الأدوية والمستحضرات الطبية ، وبلغ عدد الصيدليات العاملة 1.6 ألف صيدلية. -تغطي الصادرات الدوائية 41% من احتياجات المملكة المقدرة بنحو 444 مليون دولار سنويا.	ضعف الإقبال لأسباب تتعلق بالمكونات الحضارية والثقافية للمهنة وللمجتمع المحلي خاصة الإناث منهم .	-جميعهم عاملين في القطاع العام .	القيام بالأعمال الطبية المساندة للأعمال العلاجية الأساسية .	ضعف الطلب بسبب تطور الثقافة الطبية للمجتمع المحلي وزيادة الثقة بالقطاع الطبي المنظم وخدماته المختلفة.

المصدر : وزارة الصحة ، التقرير الإحصائي السنوي ، 2004 ، عمان .

2.6.2 التسويق الداخلي في المستشفيات

تختلف الخدمات العلاجية التي تباع في الأسواق المستهدفة ، عن مجموعة الخدمات الأخرى التي تباع في الأسواق ذاتها ، ويبرز هذا الاختلاف في أن الخدمات العلاجية تهتم بالموقع أو المكان الذي تسعى إلى جذب المرضى إليه ، ولهذا من الممكن أن يساهم التسويق الداخلي في داخل المستشفيات ، في تكوين الشعور الإيجابي بالرضا لدى المرضى طالبي العلاج، وبالتالي دور في فعالية الاستراتيجية التسويقية المتبعة والعمل على تحقيق أهدافها .

بل يمكن القول ، أن نجاح جهود تسويق الخدمة العلاجية على المستوى الداخلي في المستشفيات والمؤسسات العاملة في القطاع ، يعتمد على إيجاد المناخ التسويقي الملائم داخل المنظمة من قبل العاملين فيها ، وكلما زادت درجة التناسق بين المرضى والكوادر الفنية والتمريضية والإدارية العاملة في المستشفيات ، كلما ارتقت معها درجة المستشفى في تقديم الخدمة العلاجية ، ولصيانة هذه العلاقة بين المرضى والعاملين .

فتوثيق التعاون مع المرضى القائمين والمحتملين ، من شأنه المساهمة في إعادة بناء المكانة الذهنية للخدمات المقدمة ، كما يعزز من اشتراك المرضى أنفسهم في صياغة وتنفيذ خطط وبرامج الترويج المنفذة في المستشفى ، أثناء بحثها عن رغبات وحاجات هؤلاء المرضى. وينصب تعزيز المكانة الذهنية للخدمات العلاجية ، على التوفيق بين رغبات وحاجات المرضى مع توجهات المستشفى ، والاستفادة من الأفكار الجديدة التي يطرحونها لتطوير عملية بيع الخدمات العلاجية المتاحة (Mckenna , 2001) .

من جانب آخر ، تسعى إدارات المستشفيات إلى محاولة تعزيز تلك المكانة للخدمات العلاجية التي تبيعها في الأسواق المستهدفة ، لكن في كثير من الأحيان قد تفشل تلك المستشفيات في تحقيق أهدافها ، وذلك لأسباب تتعلق بدور الإدارة العليا فيها ، خاصة إذا كانت تلك الإدارات من النوع التقليدي الذي يتسم بالجمود النسبي ، وضعف في التركيز على القيادة والتخطيط الاستراتيجي . فالاتجاه الحديث يبين الدور الذي يمكن تلعبه الإدارة العليا ، في ترويج خدماتها بجانب ما يقوم به العاملون في هذا المجال (Mckenna , 2001) .

وتبين الدراسات مجموعة من العناصر المهمة ، التي تمثل عملية التسويق الداخلي في المستشفيات وذلك كما يلي :

-**علاقات الضيافة وحسن الاستقبال مع المرضى** : بحيث يشمل ذلك تحسين وتنمية علاقات الضيافة ما بين المستشفيات والمرضى والجهات الضامنة للدفع ، كما يتضمن ذلك توجيه الكوادر الطبية والإدارية ، والتمريضية العاملة في المستشفيات ، وتأهيلهم وتدريبهم على احترام المرضى والمزيد من اللباقة وحسن التعامل بشكل يعمل على تعزيز هذه العلاقة .

-**رقابة الجودة Quality Control** : وهو يتضمن التركيز على تحسين الجودة الفنية للخدمة العلاجية المقدمة ، من خلال وجود مجموعة من المعايير والأسس لتقييم حاجات ورغبات المرضى التي يرغبونها ، إضافة إلى الجودة الوظيفية التي تتعلق بالمعايير والأسس المرافقة للطريقة التي يحصل المريض من خلالها على ما يحتاجه من الخدمة العلاجية .

-**البيع الشخصي Personal Selling** : ويتمثل هذا الجانب على التدريب الإيجابي للكوادر الطبية العاملة على تحسين العلاقات البيعية التي يقومون بها ، وبالتالي انعكاسها على تحسين الموقع التنافسي للمستشفى في السوق الدولي . واعتماداً على نظرية الثواب والعقاب في الأدبيات الإدارية ، فإن تحفيز ومكافأة تلك القوى على جهودها المبذولة سيعمل على تحسين تلك العمليات .

-**أخلاقيات العمالة الطبية Employee Morale** : فتوفير المناخ المناسب لرغبات المرضى سيعمل على زيادة الشعور الإيجابي بالرضا المتكون لديهم ، وتقليل الشعور بالملل والتذمر . وتساهم هذه الناحية في بناء الأسس والقواعد الأخلاقية التي ينطلق منها العاملون في توفير وتقديم الخدمة العلاجية بمستوى لائق ومناسب يتسم بالفعالية والكفاءة. كما يمكن تدريب العاملين وحفزهم نحو تلك الناحية من خلال تنظيم برامج ونشاطات خاصة، تعنى بإصلاح القواعد الأخلاقية للتعامل مع المرضى ، والعمل على صيانتها من فترة لأخرى ، حيث تأخذ أشكالا للتحفيز منها ما هو نقدي ومنها غير نقدي .

كما تضيف المعلومات المتاحة وجود مجموعة إضافية من الطرق التي يمكن من خلالها بناء علاقات إيجابية مع المرضى منها : الاتصال المناسب مع المرضى خلال الزيارات العلاجية ، والاتصالات الهاتفية بعد تقديم الخدمات العلاجية ، ورسائل الشكر ، وبطاقات

المعايدة ، والخصومات الخاصة ، والأخبار الالكترونية التي تظهر التجارب العلاجية الناجحة للمرضى (Sunils , 2006).

ونضيف بأن هناك مجموعة من المهارات التي يحتاجها العاملون في المستشفيات ، لتنفيذ عملية التسويق الداخلي داخلها ، وهي كما يأتي (Davies , 2004):

-**المهارات المتكاملة Integrated Skills** : وهي تعني قدرة العاملين على فهم وتحليل مكونات الترويج ، وفهم الكيفية التي يتم بها إدخال تلك المكونات حيز التطبيق .

- **المهارات التحليلية Analytical Skills** : قيام العاملين بتطبيق الأدوات والطرق المختلفة عند دراسة الأسواق المستهدفة ، والاستفادة من المعلومات المتاحة وإعادتها بطريقة قابلة للاستخدام.

- **مهارات التفاوض Negotiation Skills** : وهي إعادة تعزيز المعرفة المكتسبة من قبل المستشفى، والاستفادة من الأفكار الجديدة المكتشفة في الأسواق المستهدفة ، واقتراح الطرق المناسبة لتنفيذها .

- **مهارات التقديم Presentation Skills** : وهي تشكل النماذج اللفظية أو المكتوبة التي يستخدمها العاملين في المستشفى ، أثناء مخاطبة المرضى .

- **مهارات التخطيط وإدارة الوقت Planning & Time Management Skills** : وهي القدرة على تقسيم العمل والمهام المناطة بالأطباء والإداريين ، والتخطيط الكفء لتلك الكوادر في سبيل تحقيق أهدافها المنصبة في تلبية حاجات ورغبات المرضى المستهدفين.

- **المهارات المنعكسة Reflective Skills** : وهي القدرة على فهم الأفكار أو الجوانب الجديدة الناجمة عن تطبيق الاستراتيجية ، ومحاولة التفكير بالطرق والأساليب التي تحسن من الأداء المستقبلي .

7.2 المظهر المادي للخدمة العلاجية

يعتبر الاستثمار الصحي من أهم مجالات الاستثمار، كونه يمس الوجود المادي للإنسان ويسمح بمزيد من الصحة والرفاهية الصحية لفترات زمنية أطول ، كما يزيد من إنتاجية الفرد ويوفر فرصاً لتعظيم الاستفادة من الخدمات العلاجية الجديدة ، خاصة الفئات التي تعاني من الحرمان وفقدان الأمل في المعالجة من بعض الأمراض المزمنة ، وقلة في فرص الحصول على خدمات علاجية مقبولة (Gorrell , 2004) . وتتمثل الفرص الاستثمارية المتاحة في القطاع: في التكنولوجيا والأجهزة والمعدات الطبية الجديدة ، والاهتمام بقضايا البحث العلمي والتطوير R&D في المجال الطبي مما يعزز من فرص نجاح الاستثمار ويحسن من عوائده ، رغم ما يؤخذ على هذا الاستثمار من زيادته لتكاليف العناية الصحية وتكاليف الحصول على الخدمة العلاجية (Zylstra , DEC 2004) .

وينظر إلى الإنفاق على المظهر المادي على أنه استثمار يوجه لأغراض الصيانة والتحديث وتوسيع التسهيلات القائمة، كونه يؤدي إلى تحسين خدمات العناية بالمرضى ، وإدارة نشاطات الخدمة السريرية ، والاستثمار في السجلات الطبية والإلكترونية ، و أنظمة تسجيل المرضى ، والأنظمة الرقمية . كما تبين عناصر الضعف في الكوادر وتزيد من إنتاجية العمل ، وتساعد على تخصيص أوقات العمل والعناية بالمرضى بشكل أكثر كفاءة ، وتنفيذ الوظائف الإدارية بزمن أقل ، إضافة إلى تحسين العناية الوظيفية بجعل الأدوات والأسرة الإلكترونية على سبيل المثال قابلة للتعديل وسهلة التصميم في مكان العمل وتقليل الطلبات المصاحبة لتطور ونمو العمل Ontario Hospital Association , Capital Planning In Ontario Hospitals , December 2003 ,P.P 7-9).

إن قرار الاستثمار عموماً ، والحكومي خصوصاً يعتمد على اعتبارات تتعلق بالكلفة واستهلاك الموارد المالية وتخصيصاتها نحو سلع أكثر فائدة وعمومية للسكان ، بشكل يفوق التركيز على فعالية العناية المتحققة منها والمنافع التي توفرها لهم . ويعتبر ما سبق سبب في زيادة أثر المزاحمة Crowding Effect على الموارد المتاحة لدى تلك المستشفيات ، الأمر الذي ولد نتيجة مؤداها أن الاستثمار في الخدمات العلاجية الأولية يولد عائداً اجتماعياً أكبر من الاستثمار المباشر في المستشفيات ، ويستند المدافعون عن هذه الفكرة إلى أن النوع الأول من الاستثمار يسير باتجاه حماية الطاقة الإنتاجية للسكان ، ويساهم في تحسين صحة المجتمع ككل (Becker , 1998) .

تعكس نوعية الاستثمارات المظهر المادي للمستشفيات ، والذي يمكن من خلاله الحكم

على الجانب المادي الملموس للخدمة العلاجية ، وهنا تبين المعلومات أن مباني المستشفيات الحكومية في فرنسا ؛ كانت بنسبة (45%) من مجمل المحفظة الاستثمارية لها (Guerrero & Mosse , Oct 2002 , P.1) . فيما وصلت هذه النسبة في أميركا لنحو (48%) ، وهي تنمو سنوياً بنسبة (3%) سنويا، مقارنة بنحو نصف نقطة مئوية سجلتها المعدات والأجهزة الطبية (Health Care Financial Management , June 2004).

من جهة أخرى ، يتشكل الاستثمار في الأجهزة والمعدات ، الجانب المادي الأخر في المستشفيات ، والذي من أشكاله ما يلي (Triplett & Gunter , Oct 2001 , P.P 5-6):

-الأدوات الطبية والجراحية وشكلت ما نسبته (20%) من الاستثمارات.

-التشخيص الإشعاعي X – Ray وتصل نسبته إلى ما يقارب (3%) .

-المعدات والأجهزة الإلكترونية وتصل إلى نحو (9%) من مجمل الاستثمار .

-شكلت المعدات كثيفة التكنولوجيا نسبة تتراوح بين (50%-66%) من مجمل الاستثمار في المستشفيات ، وعلى المستوى الآخر شكلت الاستثمارات الطبية في الأجهزة والمعدات الرأسمالية غير العلاجية نحو (8%) من مجملها ، مثل المعدات المكتبية والأثاث الاعتيادي للمستشفيات ، فيما شكلت الأجهزة والمعدات الطبية منخفضة التكنولوجيا Low- Tech نحو (7%) مثل المستهلكات الطبية (Triplett & Gunter , Oct 2001 , P.P 3-5) .

مجمل القول ، أن الاستثمار في المستشفيات يتسم بالمخاطر العالية، لكن ما من شك أنها غير قابلة للتنبؤ أو الفهم أو الإدراك من قبل المستشفيات ، وذلك بسبب اعتمادها على درجة عالية من عدم التأكد .ويبقى القول أن هذه المخاطر تتسم بالمرونة ويبقى مجال تحديدها قليل جداً. وقد بينت الدراسات وجود ثلاثة أنماط مختلفة من المخاطر يخضع لها الاستثمار في المظهر المادي للمستشفيات وهي كما يلي (Boyle & Harrison , 2000 , P.P 8-9) :

-نوعان من هذه المخاطر تتعلق بجانب عرض المباني والمرافق المختلفة فيه ، كتأخير عملية البناء أو عدم ملاءمتها للمعايير المرتبطة بها أو تجاوز التكاليف المقترحة فيها .

-مخاطر تتعلق بجانب الطلب على الخدمات ويظهر جلياً في مؤسسات القطاع العام ؛ فانخفاض الطلب على خدمات المستشفى ، يؤثر على خدمات التسهيلات والصيانة ويترتب على ذلك تكاليف إضافية أكبر من تكاليف إنتاج المباني نفسها .

أما فيما يتعلق بعوامل نجاح الاستثمار في تسويق الخدمة العلاجيــة ، فــإن التخطــيط الرأسمالي الكفء وتحسين آلية الوصول إليه ، يتطلب المواءمة مع عملية التخطيط الاستراتيجي نفسها في المستشفى ، فتنفيذ النشاطات بشكل منفصل عن الأهداف تؤدي في الغالب إلى نتــائج سلبية ، وتفشل معه معظم الأهداف التسويقية . وبشكل مماثل فإن الإنفاق الرأسمالي غير المبني على خطة واضحة سيضعف من إمكانية الحصول على متطلبات التمويل وفرص تعظيم الإيراد (How Are Hospitals Financing The Future, July 2004).

1.7.2 المظاهر المادية في المستشفيات المحلية

تختلف المستشفيات من بيئة إلى أخرى ، ومن نظام إلى آخر تبعاً لاخــتلاف الظــروف الاقتصادية والاجتماعية والسياسية السائدة، ورغم هذا الاختلاف فإنه يمكن الاستناد إلى مجموعة من التصنيفات لتميز المستشفيات تبعاً لعدد من الأسس كما هي في الجدول رقم (16) :

الجدول رقم (16)

معايير تصنيف المستشفيات العاملة في الأردن لعام 2005

المعيار	تقسيم المستشفيات	مميزاتها	الواقع الفعلي
الملكية	1- حكومية 2-أهلية	-الخدمة المجانية . -الانتشار الجغرافي. -الأجور المرتفعة. -الملكية الخاصة .	-شكلت (42.2%) من مجمل المستشفيات العاملة وبطاقــة استيعابية تبلغ (63.7%). -شكلت (57.8%) من مجملها، وتركزت في مدينة عمــان بنسبة (66%) ، وبنحو (30%) في منطقة عمان الغربية.
الربحية	1-حكوميــة غيــر ربحية. 2-خيرية. 3-ربحية .	-حكومية . -مجانية العلاج . -تدار من جهات تطوعيــة، ولا تستهدف الربح . -توزيع الأرباح على حاملي الأسهم.	-هي ذات النسق الحكومي السابق . لا يوجد منها في المملكة. المستشفيات الخاصة ذاتها .
مــــدة الإقامة	1-مستشـــــفيات قصيرة الأجل .	-الإقامة أقل من 30 يومــاً ، وتقدم خدمات الرعاية الأولية .	يوجد في المملكة مراكز متخصصة في الأمراض النفســية والإدمان والسرطان التي تحتاج إلى مدة طويلة للمكــوث . كما أن هناك المراكز الصحية والمستوصفات التــي تقــدم خدمات الطوارئ والرعاية الأولية .

	2-مستشفيات طويلة الأجل.	-المكوث لمدة تزيد عن 30 يوماً ، ومعالجة الأمراض المزمنة.	
نوع الخدمة	1-مستشفيات عامة. 2-مستشفيات متخصصة.	-تعالج جميع الأمراض . -تعالج أمراضاً تتعلق بنوع واحد .	بلغت 79 مستشفى في القطاعين العام والخاص . مستشفيات الأمراض الصدرية والنفسية والقلب والعيون.
حجم المستشفى	1-مستشفيات كبيرة. 2-مستشفيات متوسطة. 3-مستشفيات صغيرة.	-أكثر من 150 سريراً . – 50-150 سريراً. -اقل من 50 سريراً .	-بلغت (16) مستشفى أو ما نسبته نحو (16.5%) في مجمل القطاع ، منها (4) مستشفيات خاصة ، و يبلغ متوسط حجم الاستثمار في كل مستشفى خاص نحو (23.8) مليون دينار (Ministry of planning & International Corporation ,Medical Tourism ,2004, P.5) -بلغت (45.4%) في مجمل القطاع أو ما مقداره (44) مستشفى، منها (23) مستشفى تعمل في القطاع الخاص ،ويبلغ متوسط حجم الاستثمار في المستشفى الخاص الواحد (9.6) مليون دينار (Ministry of planning & International Corporation ,Medical Tourism ,2004, P.5). -بلغت (37.9%) أو ما مقداره (37)، ويبلغ حجم الاستثمار فيها (2.5) مليون دينار لكل مستشفى ، وبلغت حصة القطاع الخاص منهـا (29) مستشفى (Ministry of planning & International Corporation ,Medical Tourism ,2004, P.5).
نوع المريض	1-مستشفيات عامة. 2-مستشفيات خاصة	-تقدم خدماتها للجنسين. -تختص بجنس معين مثل النسائية والتوليد.	بلغت نحو 87 مستشفى أو ما نسبته 89.6% .
عمر المريض	1-عامة . 2-خاصة .	-تقدم خدماتها لمختلف الأعمار . -تختص بالأطفال والشيوخ.	جميع المستشفيات في المملكة مستشفيات عامة.
نوع التعليم	1-طلبة الدراسات العليا.	-تختص بالمهن الطبية. -تقدم خدماتها الصحية	يوجد في المملكة مستشفيان جامعيان للعلاج ولتدريب جميع مراحل الدراسة الجامعية الأولى والعليا .

	2-المرحلة الجامعية الأولى.	التعليمية إلى جميع الطلاب.	

المصدر : وزارة الصحة ، بيانات إحصائية منشورة ، 2005 .

يتبين مما تقدم ، أن هناك مجموعة من المعايير التي يتم الاستناد إليهـا فـي تصـنيف المستشفيات ، ولا يوجد فيها ما يمكن اعتباره أفضل من المعايير الأخرى ؛ فاختيار معيار معين يعتمد على هدف عملية التصنيف نفسها ، فنجد أن المستشفى الواحد مثلاً قد يستخدم واحـداً أو أكثر من المعايير، لذلك فهو يمكن أن يصنف في أكثر من فئة اعتماداً على المعيار المستخدم في التصنيف . لقد شكلت المستشفيات الصغيرة والمتوسطة في مجمل القطاع الصحي فـي الأردن نحو (83.2%) من مجملها ، فيما شكلت تلك المستشفيات نحو (92.9%) من مجمل المستشفيات العاملة في القطاع الخاص ، لتشغل ما نسبته (77.5%) من مجمل العمالة في القطـاع الخـاص أيضاً وذلك في عام 2004 (Ministry of planning & International Corporation ,Medical Tourism ,2004, P.5) .

أ. المظهر المادي في المباني والمرافق الطبية :

يتصف الإنفاق الاستثماري الحكومي على المباني والمنافع العلاجية التي يمتلكها بالمظهر المادي البسيط في الشكل والتكوين ، ويركز بشكل أساسي على توفير الخدمة العلاجية الأساسية مراعياً بذلك المعايير والأنظمة الحكومية في هذا المجال ، والقائمة على حسن تخصيص الموارد المالية المتاحة وتوزيعها بطريقة كفؤة . وتشير البيانات المتاحة في هـذا المجـال أن الإنفـاق الحكومي على المباني والمرافق الصحية العامة لعام 2003 بلغ (6.3) مليـون دينـار أو مـا نسبته(33.1%) من الإنفاق الرأسمالي (وزارة الصحة ، التقرير الإحصائي السنوي ، 2003 ، ص 209) .

فيما تشير الدراسات المحلية الأخرى أن إنشاء المباني والمنـافع الطبيـة فـي القطـاع الخاص، يعتمد على معايير تنظيمية وسياسات تخطيطية منفصلة ومستقلة عن طبيعة الهدف أو النشاط الذي تمارسه هذه المستشفيات ؛ وذلك بسبب الاهتمامات الشخصية للمالكين والمساهمين . وقد أدى ذلك بشكل واضح إلى زيادة أسعار بيع الخدمات العلاجية فيها ، وأضعف من حجـم الطلب على خدماتها لارتباطه بالقدرة الشرائية المرتفعة .

كما تبين المعلومات المتاحة أن نسبة الاستثمار في المستشفيات الخاصـة فـي المبـاني والمرافق الثابتة تراوحت ما بين (40%-60%) من مجمل رؤوس الأمـوال المسـتثمرة فيهـا، وارتفعت معها كلفة إنشاء المتر المربع الواحد منها إلى (3) آلاف دولار ، إذا علمنا أن المساحة المخصصة لقيام مبنى المستشفى تصل إلى نحو (240) م2 .

ب. المظهر المادي في التكنولوجيا الطبية

تتنافس المستشفيات الخاصة في الأردن فيما بينها على امتلاك التكنولوجيا الطبية الحديثة والمتطورة ، بشكل يفسر ارتفاع قيمة استثماراتها الطبية . وقد كان ارتفاع عدد المستشفيات العاملة بنسبة (40%) خلال السنوات القليلة الماضية سبباً في زيادة عرض السوق من التجهيزات الطبية والتكنولوجية ، وتماثلها بشكل واضح داخل القطاع . وأكدت الدراسات أن التوسع في استيراد الأجهزة والمعدات كان لصالح القطاع الخاص خاصة في السنوات الثلاثة الأخيرة ، فيما تسارعت المنافسة بعد ذلك بين القطاعين العام والخاص بنسبة متساوية تقريباً (MOP , Medical Tourism , 2004 , P.22). كما تؤكد المعلومات أن القطاع الخاص يمتلك مخزوناً تكنولوجياً كافياً من الأجهزة والمعدات الطبية في عدد من المجالات الطبية ، فيما تزال بحاجة إلى مزيد من الاستثمار في تكنولوجيا العلاج في بعض المجالات مثل : استخدام موجات الراديو Radiotherapy مثلاً (Arab Bank Center For Scientific Research , 2001, P.P 207-214) .

ووجدت الدراسة الصادرة عن مركز البنك العربي للأبحاث العلمية ، أن نسبة الأصول الثابتة في المستشفيات الخاصة وصلت عام 2000 إلى نحو (76.6%) من مجمل تلك الأصول ، أما الاستثمار التكنولوجي في المعدات والأجهزة فهو ما يزال محط اهتمام المساهمين والمستثمرين كونه يعنى بتوسيع القاعدة الإنتاجية ، وبالجوانب الربحية للمستشفى . ويشمل ذلك إقامة المستشفيات الجديدة وتوسيع القائمة وتطويرها وتحديثها، وتزويدها بالاختراعات والاكتشافات الطبية الحديثة (Arab Banc Center for Scientific Research , 2001). فيما تشير البيانات الحكومية إلى أن مجمل استثماراتها في الأجهزة والمعدات الطبية سجلت تراجعا خلال الفترة (1998-2004) بنسبة وصلت إلى (48.2%) لتصل عام 2004 إلى (1.04) مليون دينار، أو ما نسبته (0.64%) من مجمل إنفاق وزارة الصحة لنفس العام . فيما شكلت اللوازم الطبية المستهلكة نسبة مرتفعة وصلت إلى (4.8%) من مجمل هذا الإنفاق (وزارة الصحة ، التقرير الاحصائي السنوي ، 2004 ، ص216) .

مجمل القول واعتماداً على ما سبق ، فإن المظهر المادي للخدمة العلاجية يثير عدداً من القضايا المهمة نوجزها فيما يلي :

-تعقد المباني والمنافع من الناحيتين المادية والهندسية.

-ارتباط النشاطات التي تمارس داخل المستشفيات بالتغيرات والتطورات التكنولوجية والطبية في تكنولوجيا العلاج وتقديم الخدمات العلاجية.

-الربط بين الشكل المادي للمباني وتسعير الخدمات العلاجية فيها .

-محدودية الاستخدامات البديلة لمباني المستشفيات.

-فشل الاستثمارات الجديدة في تخفيض تكاليف الإنشاء ، لعدم قدرتها على إعادة تصـــميم الخدمات العلاجية السريرية خارج نطاق المستشفى ، وتركيزها على الجودة بشكل يفوق التركيز على استدامة الإيرادات **Yields Management** .

-ارتفاع مخاطر الاستثمار في المستشفيات بنسبة كبيرة ، خاصة في ظروف عدم التأكد.

إن عناصر المظهر المادي للمستشفى ، يمكن أن تخلق الراحة والرضـــا المســـبق لـــدى المريض في تقبله للعلاج مستشفى معين ، كما انه يولد الاستعداد المبكر لدى المريض في تقييم الخدمة العلاجية المقدمة له ، واتخاذ قرار شراءها من المستشفى . ولذلك يسعى العـــاملين فـــي تسويق الخدمة العلاجية إلى إبراز الجوانب المادية في المستشفى ، ممثلةً بالعناصر التي ذكرناها سابقاً ، والتي تقود في النهاية إلى خلق التصور الإيجابي عن المستشفى وخدماته العلاجية .

8.2 السياسات الحكومية في قطاع السياحة العلاجية

يتمثل ذلك في إدارة الموارد والعناصر المكونة للقطاع الطبي بكفاءة وفعالية ، والقدرة على التحكم بظروف السوق و التكيف معها ، والتنبؤ والإلمام بعناصر البيئة الخارجية ، كما يتضمن قدرة الدولة على توفير الكوادر والاحتياجات اللازمة لتقديم الخدمة بالصورة المطلوبة مثل الأدوية والعلاجات المختلفة (Ensor & Cooper , 2002 , P.P 27-32) . وتبين الدراسات أن السياسة الحكومية في القطاع الطبي ، تمارس مجموعة من الأدوار المتناقضة والمخالفة لما هو معروف في الأدبيات المختلفة ، خاصة إذا نظرنا لتلك الأدوار في الدول النامية ، حيث استندت في ذلك إلى مجموعة من الحجج التي تدعم هذا الرأي نوردها فيما يلي (فلادستين ، 2002 ، ص1-10):

- يقوم الإنفاق الصحي على أساس العدالة وتقليل حدة التفاوت في الدخل بين أفراد المجتمع.
- تشهد الإدارات الطبية في معظم الدول النامية عموماً والأردن خاصة ضعفاً في إدارة النظم الضريبية ، مما يحد من قدرتها على تنفيذ البرامج الطبية وبرامج الرعاية الصحية.

من هنا ولضمان نجاح صناعة السياحة العلاجية وتعزيز البيئة الجاذبة للطلب الخارجي على الخدمات العلاجية المحلية ، سيتم الاستناد إلى مجموعة من الخبرات الدولية ، وإلى مجموعة من الشروط والمعايير الضرورية التي أقرتها تلك الخبرات لتنظيم أسواق الخدمات العلاجية في الدول المحلية ، على اعتبار أنها صالحة للعمل في البيئات على اختلاف طبيعتها ومكوناتها ، ومستوى الموارد والإمكانيات المتاحة فيها .

1.8.2 الأنظمة والقوانين الاقتصادية الجاذبة ، وتشمل :

1- القضايا الضريبية والجمركية :

تضمن قانون تشجيع الاستثمار الأردني عدد من الأطر التشريعية الجاذبة للاستثمارات الأجنبية والمحفزة لها ، وذلك من خلال حزمة الحوافز والمزايا المرتبطة بقطاع السياحة العلاجية في الفنادق والمستشفيات ، والنقل ، والمدن السياحية وغيرها، وذلك كما يأتي (دائرة تشجيع الاستثمار ، قانون تشجيع الاستثمار ، 1995):

أ -إعفاء الموجودات الثابتة من الآلات والمعدات والأجهزة المستخدمة في المشروع، وأثاث ومفروشات ولوازم الفنادق والمستشفيات من الرسوم والضرائب الجمركية.

ب -إعفاء قطع الغيار من الرسوم والضرائب الجمركية بنسبة لا تتجاوز (15%) من قيمة الموجودات الثابتة التي تحتاج هذه القطع.

ج -إعفاء الموجودات الثابتة للمشروع من الرسوم والضرائب الجمركية لغايات التوسع والتطوير، ويشترط أن يزيد هذا التوسع من الطاقة الإنتاجية للمشروع بنسبة لا تقل عن (25%).

د -منح مشاريع الفنادق والمستشفيات إعفاءات إضافية من الرسوم والضرائب على المشتريات من الأثاث والمفروشات واللوازم لغايات التحديث وذلك لمرة واحدة كل (7) سنوات على الأقل.

هـ - تعفى الأصول الثابتة المستوردة من الرسوم والضرائب الناجمة عن ارتفاع أسعار تلك الأصول في بلد المنشأ، أو ارتفاع أجور الشحن أو أسعار الصرف.

و -تستوفى ضريبة الدخل على الفنادق والمستشفيات والنقل بنسبة تصل إلى (15%) من الدخل الخاضع للضريبة.

ز -تستوفى الضريبة العامة على المبيعات بنسبة (3%)في الفنادق، وتعفى المستشفيات منها.

2- القضايا التشريعية والقانونية :

تضمن قانون تشجيع الاستثمار عدداً من الإجراءات القانونية التي تسهل دخول الاستثمار الطبي إلى الأردن ، حيث اعتمد في ذلك على المنطقة المنوي الاستثمار فيها ، وقسم الأردن إلى ثلاثة مناطق هي (أ ، ب ، ج) وأعطى كل منطقة منها إعفاءات تصل إلى (25%) و (50%) و (75%) على التوالي ، كما شمل القانون مزايا أخرى تمثلت فيما يأتي (دائرة تشجيع الاستثمار ، قانون تشجيع الاستثمار ، 1995):

أ -تأجير الأراضي لمدة تصل إلى (50) عاماً قابلة للتجديد لفترة (50) عاماً إضافية.

ب -شراء الأراضي لغايات إقامة الفنادق والمباني الصحية وغيرها.

ج -حرية خروج رءوس الأموال الأجنبية من المملكة، إضافة إلى الأرباح المتحققة وحرية التعامل بالنقد الأجنبي.

د -تملك المشروع بالمشاركة أو المساهمة على ألا يقل الاستثمار الأجنبي عن (50) ألف دينار.

هـ -الإجراءات المبسطة للعمالة الأجنبية ونظام الإقامة، حيث يستطيع المشروع توظيف نسبة تصل إلى (70%) من العمالة الأجنبية في المشروع.

3- المتطلبات التمويلية :

مهما كانت الاستراتيجية التنموية التي يتبعها القطاع، فلا بد من إيجاد مصادر تمويل

كافية ، خاصة إذا ما أريد لهذه الاستراتيجية أن تدخل حيز التنفيذ. وبقدر ما تكون الاستراتيجية مبنية على طموحات أكبر في مجال الاستثمار والتراكم الرأسمالي، بقدر ما يتوجب إيجاد مصادر تمويل أكبر، وهكذا لا يمكن فصل مسألة التمويل عن استراتيجية التنمية التي يراد لها التمويل.وفي هذا النطاق سوف نستعرض أهم المصادر التمويلية التي تقوم بتمويل القطاع في الجدول رقم (17) كما يلي :

الجدول رقم (17)

مصادر تمويل قطاع السياحة العلاجية في الأردن

المصدر	المزايا	التمويل الممنوح
البنوك التجارية	ليس هناك مزايا تفضيلية للقطاع، وهو يعتمد على القدرة المالية للمقترض وتوفر الضمانات المطلوبة لذلك	-شكلت (1.5%) من مجمل التسهيلات الممنوحة للفنادق والمطاعم (**البنك المركزي الأردني ، النشرة الإحصائية ، 2003 ،ص 26**). -تعتمد المستشفيات الكبيرة على المساهمين والأرباح المتولدة ، فيما تعتمد الصغيرة منها على القروض التي تشكل نسبة تصل إلى (44%) من هيكل رأس المال ، مقارنة مع (16%) في مثيلاتها الكبيرة (**Arab Bank Center for Scientific Research , Oct 2001, P.13)** .
الوكلاء الماليون	-تشبه آلية العمل في البنوك التجارية في منح القروض ولا تقدم أي مزايا تفضيلية للقطاع . -ارتفاع تكاليف رأس المال. -استخدام الأراضي كجزء من هيكل تمويل المشروع. -انخفاض العوائد والتدفقات النقدية المحتملة بشكل يجعلها غير قادرة على زيادة هامش الربح، وخدمة عبء ديونها (الفوائد) . -انخفاض الحد الأقصى للقروض الكبيرة إلى (10) سنوات، فيما قد تحتاج تلك المشاريع إلى مدة أطول بكثير للحصول على تدفقات نقدية تغطي تكاليف رأس المال المختلفة.	لا يوجد وكلاء ماليون في المملكة .
الوكالات الدولية	-تقدم المساعدات المالية والفنية والتكنولوجية.	-هناك عدد من المشاريع السياحية الممولة من اليابان وألمانيا في مجال السياحة التراثية وتطوير المواقع الأثرية .
بنوك التنمية	تقوم بتوفير الدعم لمختلف المبادرات في القطاع السياحي وفق الأسس التجارية	-ليس هناك ما يشير إلى مساهمتها في قطاع السياحة العلاجية .

2.8.2 الإجراءات والسياسات الحكومية الأخرى

يشير الجدول التالي رقم (18) إلى مجموعة من السياسات والإجراءات الحكومية ، التي تدعم عمل القطاع وتساعد على تنميته ، ونوردها كما يأتي :

الجدول رقم (18)

الإجراءات الحكومية في تقديم الخدمات العلاجية في الأردن

الخدمة	المزايا المقدمة	الجهة المنظمة	الاحتياجات كما يراها الباحث
الإقامة والدخول	الإعفاء من رسوم دخول الأفواج السياحية وتسهيل الحصول على التأشيرة من مختلف المراكز الحدودية.	وزارة الداخلية	الاهتمام بفئة المرضى وطالبو العلاج ، وسن التشريعات الخاصة بهم.
الجمارك والحدود	-إعفاءات الأمتعة الشخصية والأثاث والأدوات المنزلية . -حرية إدخال السيارات الأجنبية والحصول على الرخص المؤقتة.	دائرة الجمارك العامة	الاستفادة من المعدات والأجهزة الطبية المتطورة وتخفيض نسب الرسوم الجمركية أو الإعفاء منها.
مكتب رعاية المرضى العرب	-الدور الرقابي على الأسعار والجودة وسلامة الإجراءات المالية. -متابعة تنفيذ الاتفاقيات والبروتوكولات الطبية . -استقبال المرضى وتقاريرهم والسير بإجراءات العلاج ، وتحديد أماكنها وتوزيعهم عليها.	وزارة الصحة	-توسيع الدور الترويجي للمكتب في الأسواق العالمية . -التنسيق مع المؤسسات المكملة الأخرى في مجال النقل الجوي ، والإعلام ، والسفارات الأردنية والمحلية .
الخدمات المصرفية	-الخدمات المصرفية التقليدية المتكاملة. -البنوك الإلكترونية والتعاملات الإلكترونية والحوالات المصرفية السريعة.	البنوك التجارية	-خدمات الحجز والدفع الإلكتروني، والاتفاقيات المالية الدولية عبر تلك البنوك ، و المعاملات المالية، وشركات الاستثمار .
الضيافة	شبكة واسعة من المطاعم المحلية والعربية والأوروبية والآسيوية ، والأمريكية ومطاعم الوجبات السريعة.	وزارة السياحة	-برامج وأحداث ترويجية لتوسيع مفهوم الضيافة وتوعية أصحاب المصالح بدورها . -الاهتمام بالقضايا الحسية للسياحة المرتبطة بالترفيه والضيافة .
وكلاء السياحة والسفر	-مكاتب تأجير السيارات السياحية. -الباصات السياحية. -تنظيم رحلات ترفيهية للمرافقين وللمرضى أنفسهم .	وزارة السياحة	النقل الطبي المتخصص مثل Medicine Vans
الإدلاء السياحيون	تعميق الصورة الذهنية للمنتج السياحي وتقديم المعلومات والتفاصيل والأحداث اللازمة.	وزارة السياحة	-الدليل الطبي لكافة المستشفيات والمراكز العلاجية في المملكة . -الدليل السياحي الطبي المرافق للمرضى أثناء تقديم الخدمة وبعد شراءها .

			-توسيع دور موظفو العلاقات العامة في المستشفيات. -تفعيل دور الملحق السياحي الطبي في السفارات المحلية في الخارج .
المستشفيات	القناة الأبرز في تصريف الخدمات العلاجية المتاحة في القطاع .	جمعية المستشفيات الخاصة	-العيادات المتخصصة لمعالجة الأمراض الطارئة غير المزمنة ، ووحدات الطوارئ ، ووحدات العناية المنزلية ، والممرضات المنزليات ، ومراكز العناية بالأطفال . -مراكز العلاج الطبيعي والاستشفائي ، والبرامج العلاجية الموجهة للخارج . -مراكز علاجية لكبار السن .
الفنادق	التنوع الكبير في الخدمات الفندقية التي تناسب مختلف الرغبات والميول وبطاقة تبلغ (40) ألف سرير .	وزارة السياحة	المزج بين خدمات الفندقة الطبية ،ما بعد تقديم خدمة العلاج ، لقضاء فترات رفاهية في فنادق المنتجعات.

لقد أجمعت الدراسات المحلية على وجود عدداً من المشاكل التي تؤثر على المظهر المادي للخدمة العلاجية في الأردن ، تنحصر معظمها في الجوانب المالية والإدارية ، وبشكل أكثر تفصيلاً نوردها فيما يأتي (**Arab Bank Center for Scientific Research , Oct 2001 , P.P 4-5**).

-ضعف الاستثمارات الأجنبية المباشرة **FDI** في استغلال الحاجة التخصصية للسوق مثل : إنشاء مستشفيات الأطفال وكبار السن ، وإدخال التكنولوجيا المتطورة وباستمرار **know How** ، إضافة إلى عدم وجود سياسة استثمارية خاصة بالقطاع .

-المزاحمة بين القطاعين العام والخاص على مصادر التمويل المتاحة، بشكل أدى إلى رفع أسعار الفائدة وتكاليف الاستثمار في القطاع .

-تفتت الأنظمة الصحية العلاجية بشكل يبرر زيادة الضغط على الموارد المالية المتاحة لتلبية المتطلبات العلاجية المختلفة .

-ضعف الطرق المستخدمة في تحسين مصادر التمويل وزيادة كفاءتها ، ونقترح لذلك :

أ -تغيير إجراءات وترتيبات التزويد **Sourcing** مثل استقلالية المستشفيات والتركيز على القيود المرتبطة بالأداء .

ب -تغير دور وزارة الصحة والاكتفاء بدورها الرقابي ، ومنح المستشفيات مزيداً من الاستقلالية في تنفيذ برامجها العلاجية ، إضافة إلى خصخصة المستشفيات الحكومية القائمة.

ج -التحول من دعم عرض الخدمات العلاجية والتركيز على جانب الطلب عليها.

د -تغيير سلوك العمالة الصحية وخلق كوادر كفؤة جديدة بنظام حوافز جديد يقلل من ارتباطها بالخدمة المدنية.

هـ- زيادة التعاون الإقليمي والمحلي خاصة بين المستشفيات الصغيرة في مجالات الأدوية والعمليات العلاجية البسيطة .

و -الشراكة الفاعلة بين القطاعين العام والخاص **3 P's (Public –Private Partnership).**

ز -تحسين تخصيص واستخدامات الموارد المتاحة في الخدمات الأولية والوقائية.

وفي جانب آخر ، أشارت دراسة أخرى أن الأردن ما زال بحاجة إلى مجموعة من الإجراءات الضرورية التي تصب في جانب تشجيع الاستثمار في المظاهر المادية للمستشفيات الخاصة نوردها فيما يلي :

-إصلاح آليات حساب وتسجيل التكاليف **Costing** ، والإيرادات وحساب المراكز المالية، وتحسين أنظمة المعلومات المتاحة والخبرات الإدارية فيها .

-القدرة على إدارة الأصول العاملة ، والعمل بمبدأ الرافعة المالية **Leverage** من خلال تحسين جوانب التحصيل ، وإدارة السيولة النقدية، والحسابات المدينة وإدارة الدين العام.

-مسؤولية توفير خدمات العناية الصحية ذات الجودة العالية ، بحيث يشمل ذلك سهولة الوصول للخدمة العلاجية وتوفيرها بكميات كافية وبتكلفة مقبولة.

-إتباع سياسة متوازنة في إيصال الخدمات العلاجية للأفراد ، من خلال الموازنة بين إيجاد شبكة للخدمات الصحية في مناطق الريف والحضر ، وتحسين التكامل بين المستشفيات في توفير خدمات العناية الصحية الأولية.

-يعتبر القطاع الخاص في معظم الدول شريكاً رئيسياً في تقديم خدمات العناية الصحية رغم اهتمامه بجانب الربح ، وهذا يبين إمكانية إبرام الاتفاقيات والعقود معه لتخفيض تكلفة بيع الخدمة وتحسين جودتها.

-اهتمام إدارة المستشفيات بالأخلاق الطبية **Medical Ethics** ، والجدارات الإدارية والفنية والتخصصية في تقديم الخدمة العلاجية، وضرورة تضمين المجتمع المحلي في خطط وإدارة المستشفيات المستقبلية .

-الاتجاه القائل بضرورة تحديد صلاحيات القطاع العام ومسؤولياته بهدف تحقيق التوازن والتناغم بين القطاعين العام والخاص ، إضافة إلى تطوير اتفاقيات تعاقدية مع المزودين العاملين في القطاعين العام والخاص .

-صعوبات نقص الكوادر المدربة ، وعبء صيانة الأصول المادية والتكنولوجية المستخدمة في القطاع .

-الاهتمام بالمفاهيم ، والطرق ، والتقنيات الحديثة المستخدمة في تقديم الخدمة العلاجية والتركيز على البحوث والدراسات المتعلقة بالمستشفيات.

-فتح الباب أمام الاستثمارات الجديدة مع التركيز على نوعية الخدمات العلاجية التي يحتاجها السوق في المكان المناسب ، وممارسة الحكومة لدوراً أكثر فعالية في إدارة وتخطيط قرارات الاستثمار في القطاع ، وذلك بتقليل الحوافز الاستثمارية المقدمة لمن لا يملك مؤشرات استثمارية تتناسب مع الأولويات الاستثمارية للقطاع .

-تفعيل دور جمعية المستشفيات الخاصة في المساهمة في وضع التشريعات والقوانين المناسبة لحاجات القطاع ، كونها تملك الوجود القانوني لكنها لا تملك سلطة الإجبار على أعمال المستشفيات. (Arab Bank For Scientific Research , 2001) .

-العمل على إيجاد ما يسمى بشهادات الحاجة CON التي تساعد على توجيه الاستثمارات الجديدة في القطاع ، أو توسيع القائمة منها ، بسبب محدودية الدور الذي تلعبه وزارة الصحة في مجال دعم الاستثمارات الجديدة في القطاع (Arab Bank For Scientific Research , 2001, P.1) .

-العمل على تفعيل العلاقات الكامنة بين شركات التأمين العاملة والمستشفيات .

-ضرورة إيجاد تصنيف عام للمستشفيات العاملة في السوق المحلي ، بشكل يؤدي إلى تحسين جودة الخدمات المقدمة للمرضى .

وبهدف تصحيح الاختلالات في قطاع السياحة العلاجية قامت الحكومة في هذا الصدد ، باتخاذ عدداً من الإجراءات التصحيحية في سوق الخدمات العلاجية، للحد من التشوهات التي يعاني منها السوق ، ومحاولة تخفيضها لمخاطر الاستثمار وتحسين درجة الأداء والجودة في تقديم الخدمة العلاجية ، وتمثلت تلك الإجراءات فيما يلي :

-ضرورة الحصول على موافقة الحكومة لإقامة مشاريع جديدة أو توسيع مشاريع طبية جديدة.

-امتلاك الحكومة لأدوات الرقابة اللازمة لضبط أداء المستشفيات ، ووضع المعايير المختلفة التي من شأنها تقليل عمليات المضاربة في السوق.

-امتلاك الأدوات الضرورية لتحديد الحجم الأمثل لسوق المستشفيات الخاصة، ومنع دخول الاستثمارات غير المرغوبة إليه .

-وضع القيود التنظيمية والتشريعية التي تحقق المنافسة في السوق ، مثل تجهيزات السلامة العامة ، وتجهيزات البناء ، و المواصفات الفنية ، والاستثمار في الأدوية .

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

1- طبيعة الدراسة

2- مجتمعات الدراسة

3- وحدة التحليل

4- مصادر جمع البيانات

- أساليب التحليل الإحصائي

1.3 طبيعة الدراسة

تعتبر هذه الدراسة وصفية تحليلية ، حيث حاولت قياس وتحليل وتحديد العوامل المؤثرة على قطاع السياحة العلاجية في الأردن . كما استندت عليها في تطوير الاستراتيجية التسويقية التنافسية ، موجهة لاستقطاب المرضى الأجانب من الأسواق المستهدفة.

2.3 مجتمعات الدراسة

احتوت هذه الدراسة على أربع مجتمعات ، وتم اختيار هذه المجتمعات لأن كل منها يتعلق بفرضية معنية ، ويختص بالإجابة على أسئلة معينة في الاستبيان ، والتي تم استخدامها لاحقاً للإجابة على فرضيات الدراسة وهي كما يلي:

أ. المستشفيات الخاصة :

يتكون هذا المجتمع من جميع المستشفيات الخاصة العاملة في مدينة عمان لعام 2006 ، والبالغة (37) مستشفى (مديرية السياحة الطبية العلاجية ، 2006). ولحساب عينة الدراسة قمنا بما يلي :

تطبيق الصيغة التالية لحساب عينة الدراسة :

$$n = N\sigma^2 \quad / \quad (((N-1)\,e^2/\;\;4) + \sigma^2\;) \quad \text{-------}(1)$$

حيث :

n حجم العينة

σ^2 التباين (2)

N مجتمع الدراسة الأصلي (37)

e مستوى الدقة (0.05)

وبتطبيق الصيغة رقم (1) باستخدام نفس المعطيات نجد أن حجم العينة **n** بلغ (36) مستشفى، لكن واجهت الدارسة مشكلةً أساسية خلال فترة توزيع الاستبيان تمثلت في أن هناك عدد كبير من المستشفيات الخاصة صغيرة جداً ولا يوجد فيها مرضى أجانب ، أو أنها غير مؤهلة لاستقبالهم . وتوصل الباحث إلى تلك النتيجة أثناء توزيعه الاستبيان على مستشفيات الأهلي وفلسطين تحديداً ، لكونها تمثل فئة المستشفيات الصغيرة ، حيث لم يسجل بها أي مريض أجنبي قبل وخلال فترة التوزيع ، كما أنها تفتقر إلى الأطباء والكوادر المؤهلة والمرافق الطبية المتطورة ، فالمستشفى

الأهلي لا يوجد به سوى ثلاثة أطباء فقط[2] . لذلك تم الاكتفاء بأخذ عينة ميسرة من المستشفيات الخاصة في مدينة عمان ، ممن انطبقت عليهم شروط توفر الطلب الأجنبي خلال فترة توزيع الاستبيان ، حيث بلغ عددها (17) مستشفى ، تم توزيع الاستبيان الخاص بالمدراء عليها . وقد كان تصنيف المستشفيات الخاصة ،وفقاً للقائمة التي تصدرها وزارة الصحة حسب معيار عدد الأسرة في كل مستشفى ، ومنها تم تصنيف المستشفيات إلى ثلاثة فئات :الأولى المستشفيات الكبيرة وهي التي يزيد فيها عدد الأسرة عن **(150)** سرير، والمتوسطة يتراوح فيها عدد الأسرة بين **(50–150)** سرير، أما الصغيرة فهي التي تقل عن **(50)** سرير ، كما هو مبين في الجدول رقم **(19)**، وكان اختيار العينة كما يلي :

أ. اختيار المستشفيات الأربع الكبرى جميعها (الخالدي ، الأردن ، الإسلامي ، التخصصي).

ب.اختيار عينة المستشفيات الأخرى المتوسطة والصغيرة ، ممن انطبقت عليهم شروط توفر مرضى أجانب فيها خلال فترة توزيع الاستبيان .

ج.تم توزيع الاستبيان على مدراء المستشفيات في مكاتبهم مباشرة من قبل الباحث وذلك خلال الأسبوع الثالث من شهر حزيران لعام **2006** .

الجدول رقم (19)

توزيع مجتمع الدراسة من المستشفيات الخاصة العاملة في الأردن لعام 2004

فئة المستشفى	العدد	النسبة %
الكبيرة	4	7.3
المتوسطة	22	40
الصغيرة	29	52.7
المجموع	55	100

[2] المستشفيات الباقية بعد توزيع (12) استبيان الأولى ، ومنها حاول الباحث اختيار أفضل (5) مستشفيات تحقق الهدف الإحصائي وهي: المعشر (94 سرير)، والقدس (70) ، وملحس (69)، والشهيد أبو دية (68)، والملكة زين الشرف (67)، والرشيد النفسي (60)، والهلال الأحمر (64) ، وتلاع العلي (53)، والمواساة (48)، والإيطالي (47) ، والرحمة (42)، وعاقلة للنسائية (30)، وهبة للنسائية (30)، والحمايدة (30)، والحنان (30) ، والأمل (29)، وجبل عمان (15) ، والعيون التخصصي للعيون (18)، وميلاد للنسائية (15)، وفيلادلفيا (31)، وجميعها في مدينة عمان . حيث شكلت المستشفيات الصغيرة منها نحو (68.2%).

ب. مجتمع المرضى :

يتكون هذا المجتمع من جميع المرضى الوافدين للعلاج في المستشفيات الخاصة في الأردن ، وبينت مديرية السياحة الطبية العلاجية ، أن عدد هؤلاء المرضى بلغ عام 2004 نحو (103.3) ألف مريض . أما سحب العينة فقد كان من المرضى الوافدين للعلاج في المستشفيات الخاصة في مدينة عمان فقط ، لأسباب تتعلق بتركز الطلب الأجنبي في تلك المدينة أكثر من المدن الأخرى . وتم توزيع الاستبيان على عينة المرضى خلال الأسبوع الثالث من شهر حزيران لعام 2006 .

أما اختيار فترة توزيع الاستبيان في تلك الفترة من السنة ، فكان لمجموعة من الأسباب التي يعتقد الباحث تأثيرها على عينة الدراسة المسحوبة كما يلي :

1. تشهد تلك الفترة في العادة طلبا متزايداً على الخدمات العلاجية ، بشكل يفوق الفترات الأخرى من السنة . حيث أشارت بيانات معظم المستشفيات (مثل الإسراء والتخصصي) أن عدد المرضى الوافدين خلال هذه الفترة سجل نمواً وصل إلى (50%) ، مقارنة بالفترات الأخرى من السنة (مستشفى الإسراء ، مكتب المرضى العرب ، حزيران ، 2006) .
2. بداية العطلة الصيفية للمدارس والجامعات في معظم الأسواق القائمة والمحتملة ، إضافة إلى بداية موسم السياحة والاستجمام الصيفي .
3. عودة جزء كبير من المغتربين الأردنيين العاملين في الأسواق الأجنبية القائمة والمحتملة .

لقد واجهت الدراسة صعوبةً تمثلت في الحصول على عددٍ كبير من المرضى المستجيبين خلال فترة توزيع الاستبيان ، لذلك تم الاكتفاء بعينة ميسرة بلغ عددها (181) مريض ممن وجدوا في المستشفيات خلال فترة التوزيع ، وقد استرجع منها (126) استبيان ، واستبعد منها (6) أخرى لعدم ملائمتها لشروط التقويم الإحصائي ، ليصبح العدد النهائي الذي خضع للتحليل الإحصائي (120) استبيان .

لقد وزع الاستبيان على المريض الذي يتلقى العلاج في المستشفى ممن كانت تسمح حالاتهم، وفي حالات معينة كان من الصعوبة تعبئة الاستبيان من المريض نفسه ، لذلك تم استبداله بالشخص المرافق له في المستشفى . ولقد حازت المستشفيات الأربع الكبرى على نحو (61%) من تلك الاستبيانات ، أو ما مقداره (92) استبيان ، وذلك لأن تلك المستشفيات الأربع هي نفسها التي حازت على (61%) من مجمل الطلب الخارجي على الخدمات العلاجية المحلية ، (الأردن ، والخالدي ، والتخصصي ، والإسلامي) . وتم توزيع الاستبيانات الباقية والبالغة (58) استبيان على المستشفيات

الأخرى التي تم اختيارها حسب وجود مرضى أجانب فيها أم لا .

ج. الأطباء :

تكون هذا المجتمع من جميع الأطباء العاملين في المستشفيات الخاصة في الأردن ، فيما اقتصرت عينة الدراسة على الأطباء العاملين في المستشفيات الخاصة في مدينة عمان فقط ، لأسباب تتعلق بالطلب الأجنبي القائم والمحتمل على تلك المستشفيات ، وكان من الصعوبة بمكان حصر عدد الأطباء العاملين ، في المستشفيات الخاصة في مدينة عمان ، وذلك لأن هناك نسبة من الأطباء العاملين فيها ، هم من الأخصائيين غير المقيمين في تلك المستشفيات ، لذلك تم توزيع الاستبيان على عينة ميسرة من الأطباء الذين تواجدوا في المستشفيات خلال فترة توزيع الاستبيان .

لقد تم توزيع (125) استبيان على الأطباء الذي وجدوا في تلك المستشفيات ، وبالطريقة ذاتها تم توزيع (61%) من الاستبيانات ، أو ما مقداره (75) استبيان على الأطباء العاملين في المستشفيات الأربع الكبرى ، وتم توزيع الباقي بالتساوي على مستشفيات العينة بواقع (3) استبيانات لكل منها ، واسترجع منها (99) استبيان خضعت للتحليل النهائي . وقام الباحث بعملية توزيع الاستبيان على الأطباء في مكاتبهم ، وتزامنت فترة توزيع الاستبيان على الأطباء مع الفترة ذاتها التي وزع فيها استبيان المرضى خلال الأسبوع الثالث من شهر حزيران لعام 2006 .

د.الأجهزة الرسمية :

يتكون هذا المجتمع من جميع المؤسسات الحكومية وشبه الحكومية العاملة في قطاع السياحة العلاجية في الأردن ، وقد تم استخدام أسلوب المسح الشامل على جميع تلك المؤسسات نظراً لمحدوديته . وقد وزع الاستبيان المخصص لهذا المجتمع على جميع المدراء العامين ، والتنفيذيين ، والأمناء العامين العاملين في تلك المؤسسات ، وكانت عملية تخصيص الاستبيانات في كل مؤسسة تتم وفقاً لعدد الموظفين المعنيين بتعبئة الاستبيان فيها .

قام الباحث نفسه بتوزيع الاستبيان على المستجيبين ، كما تم الاستعانة بأقسام الديوان في وزارة الصحة ، ووزارة السياحة لتوزيعها على موظفيها المعنيين نيابة عن الباحث ، وكانت فترة التوزيع خلال الأسبوع الرابع من شهر حزيران لعام 2006 ، واستغرقت فترة الرد نحو (5) أيام .

الجدول رقم (20)

توزيع مجتمع الدراسة من الأجهزة الرسمية

المؤسسة	العدد	النسبة %
وزارة الصحة والرعاية الصحية	5	20.8
مديرية السياحة الطبية العلاجية	3	12.5
وزارة السياحة والآثار	4	16.6
هيئة تنشيط السياحة	5	20.8
جمعية المستشفيات الخاصة	3	12.5
جمعية الفنادق الأردنية	1	4.2
مؤسسة تشجيع الاستثمار	3	12.5
المجموع	24	100

ويظهر الجدول التالي توزيع إجابات عينة الدراسة التي تم الحصول عليها :

الجدول رقم (21)

إجابات العينات موزعة حسب المجتمع

المجتمع	العدد الإجمالي الذي تم توزيعه	الاستجابة	النسبة %	المستبعد	الخاضع للتحليل النهائي
المستشفيات	17	17	100	---	17
المرضى	181	126	69.6	6	120
الأطباء	125	106	84.8	7	99
الأجهزة الرسمية	24	24	100	---	24

واعتماداً على نتائج الاستبيانات الموزعة على مختلف مجتمعات الدراسة ، فيبين الباحث ما يلي :

-اشتملت المستشفيات المستجيبة للاستبيان ،على معظم الخصائص ذات العلاقة للمجتمع الأصلي للدراسة ،مثل مجال عمل المستشفى ،والخدمات العلاجية المطلوبة منها ، والإمكانات

العلاجية المتاحة من حيث الأجهزة والمعدات والكوادر العاملة .

-تضمنت تلك المستشفيات معظم خصائص المجتمع الأصلي للدراسة ، مثل الخصائص الديمغرافية للمرضى الوافدين ،والأطباء العاملين فيها مثل الجنس ، والعمر، والحالة الاجتماعية ، وعدد سنوات الخبرة ، و مستوى الدخل .

-كانت الأجهزة الرسمية المستجيبة ممثلة للخصائص الديمغرافية للعاملين على إدارة القطاع من حيث الخبرة ، والعمر، والتخصص العلمي .

-ضعف المستجيبين من الأطباء والمرضى والمستشفيات في التعامل مع الأسئلة ذات الطابع المالي أو الشخصي أو الكمي ، وذلك في محاولة للتحفظ على المعلومات المتعلقة بالدخل ، وعدد المرضى الوافدين للعلاج ، وحجم الدخل الناجم عنهم ، وعدم الإفصاح عن الإمكانات العلاجية المتاحة في كل مستشفى بدقة وموضوعية .

-تشابه الخصائص الديمغرافية والبيانات التعريفية لعينات الدراسة ، إلى حد كبير مع الخصائص المعروفة للمجتمع الأصلي ، مما يعني أن هناك معدل مرتفع من الثبات والاعتمادية ، يمكن الاستناد إليهما لتعميم نتائج الدراسة .

-حازت بعض الأسواق المستهدفة ، على نسبة مرتفعة من مجمل الطلب على الخدمات العلاجية المحلية ، وذلك بشكل غير منتظم أو مقصود مثل السوق العراقي ،خلافاً لما أظهرته الإحصائيات الرسمية في هذا المجال .ويعود السبب في ذلك إلى زيادة حجم المقيمين العراقيين في الأردن من ذوي القوة الشرائية المرتفعة .

أما الإطار العام الذي تتمتع به مجتمعات الدراسة المختلفة فكان كما يلي :

-أن نسبة كبيرة من المستشفيات هي مستشفيات عامة تعمل على تقديم جميع الخدمات العلاجية التي يطلبها المرضى الأجانب .

-أن جميع المستشفيات التي سحبت منها عينة الدارسة تعمل في الجزء الغربي من مدينة عمان ، كونها الأكثر قدرة على جذب الطلب وتقديم الخدمة العلاجية للمرضى الأجانب .

-أن معظم المستشفيات الصغيرة التي تقل طاقتها التشغيلية عن (50) سريراً ، تشهد ضعفاً واضحاً في الطلب على خدماتها العلاجية .

3.3 وحدة التحليل

تختلف وحدة التحليل وفقاً لمجتمع الدراسة وذلك كما يلي :

أ. **المرضى** :المريض الوافد للعلاج في المستشفى الخاص هو وحدة التحليل ، و قد يكون المرافق له في حال عدم قدرة الأول الإجابة على الاستبيان المخصص .

ب. **الأطباء** :الطبيب الذي يعمل على معالجة المرضى الأجانب في المستشفى هو وحدة التحليل.

ج. **المستشفى** :وحدة التحليل هو مدير المستشفى أو من ينوب عنه .

د. **الأجهزة الرسمية** :وحدة التحليل هو المدير العام أو المدير التنفيذي في المؤسسة الحكومية المعنية بإدارة وتنظيم القطاع .

4.3 مصادر جمع البيانات

لقد اعتمدت الدراسة على نوعين من مصادر البيانات هما :

أ. **البيانات الثانوية** : كانت من خلال مراجعة الأدبيات المختلفة المتعلقة بموضوع الدراسة ، المنشورة في الكتب والرسائل الجامعية العربية والأجنبية ،إضافة إلى المواقع الإلكترونية المتخصصة ، والإحصاءات الصادرة عن المؤسسات المحلية والدولية ذات العلاقة.

ب. **البيانات الأولية** : بهدف التوصل إلى حل لمشكلة البحث واختبار فرضيات الدراسة ، تم تطوير أداة القياس المناسبة (الاستبانة) لجمع البيانات الأولية اللازمة لهذا الغرض :

1. **مراجعة الدراسات السابقة ذات العلاقة بالفرضيات ومتغيرات البحث** ، فقد تم الاستفادة من دراسة الباحث (أبو رمان ، 2002) والباحثان (نصيرات والضمور ، 2000) لقياس جودة تقديم الخدمة العلاجية في منتجعات حمامات ماعين ، وتم الاستفادة من دراسة (الشلبي، 1999) لقياس أثر المتغيرات الحكومية على تقديم الخدمة السياحية ، ولقياس فعالية التسعير تم الاستفادة من دراسة (فالدستين، 2002) في هذا المجال ، أما باقي المتغيرات التي تناولها الدراسة فقد تم إعداد المقياس الخاص بها من قبل الباحث، معتمداً في ذلك على ما جاءت به دراسات أخرى وتناولت تلك المتغيرات بشكل متفرق .

2. **تصميم الاستبانة** : اشتملت الاستبيانات الأربعة الموزعة على مجتمعات الدراسة المختلفة على جزأين رئيسين : الجزء الأول احتوى على الأسئلة المتعلقة بمدى رضا أو عدم رضا المريض الوافد عن الخدمات العلاجية وغير العلاجية المؤثرة ، كما تضمن الموافقة أو عدم الموافقة على العوامل الحكومية المؤثرة على قطاع السياحة العلاجية في الأردن ، أما الجزء

الثاني فاشتمل على الأسئلة ذات العلاقة بالخصائص التعريفية أو التصنيفية لكل مجتمع على حده .

لقد تم اعتماد مقياس **Likert Scale** خماسي المستويات من (1- 5) التي تعبر عن درجة التوافق بين العبارة مع رأي المستجيب ، حيث أعطيت القيمة (5) لمستوى الموافقة بشدة ، والقيمة (4) لمستوى الموافقة ، ومستوى محايد (3) ، ومستوى عدم الموافقة القيمة (2) ، وأعطيت القيمة (1) لمستوى عدم الموافقة بشدة . إضافة إلى مقياس أخر يتراوح بين مستوى ممتاز والمستوى سيئة جداً، وهو يعبر عن مستوى الخدمات العلاجية وغير العلاجية وأسعار بيعها للمرضى الأجانب .كما تم اعتماد مجموعة متنوعة من المقاييس الأخرى تمثلت في الاختيار من متعدد ، لإعطاء الشخص المستجيب فرصة الاختيار بين أكثر من بديل واحد، مع إمكانية تعبئة بعض المعلومات الكمية والنوعية ذات العلاقة بمتغيرات الدراسة.

ج. اختبار الصدق والثبات :

قبل اعتماد مقياس البحث (الاستبانة) وما تضمنته من أسئلة، كان لابد من اختبار جودة هذا المقياس من خلال اختبار يطلق عليه اختبار الصدق والثبات . فيعرف الصدق بأنه معدل الاختلاف في نتائج المقياس عند اختلاف الأفراد المستجيبين له ، ومدى قدرة المقياس على قياس ما أعد لقياسه (Sekaran, 1984, P.155) . أما الثبات فهو الدرجة التي تمكننا من الحصول على النتائج نفسها في حال تكرار الاختبار باستخدام الظروف نفسها ،كما يقيس مدى تناسق وانسجام فقرات المقياس (طشطوش ،2001) ، لقد تم اختبار صدق وثبات النموذج من خلال مجموعة اختبارات كما يلي :

1- **صدق المحتوى :** يقيس الدرجة التي تعكس فيها الدراسة العملية الأبعاد الحقيقية لمحتواها ، وهو يعتمد على إجراءات وخطوات إعداد مقياس البحث ، ومدى قدرة فقرات المقياس التعبير عن متغيرات الدراسة وتمثيلها تمثيلاً دقيقاً .

2- **الصدق الظاهري :**يقيس المظهر العام للاستبانة من حيث الإخراج العام ،ومدى وضوح العبارات والمصطلحات الواردة فيها ، ولأغراض هذه الدراسة ولاختبار صدق وثبات المقياس تم الاعتماد على ما يلي:

-مراجعة عدد من الدراسات السابقة للاستفادة من بعض المقاييس المستخدمة فيها لتطوير مقياس البحث .

-خضع المقياس إلى اختبار بعض الأساتذة المتخصصين في مجال الإحصاء والتقويم الإحصائي ، للتأكد من مدى استيفاء المقياس شروط تصميم الاستبانة العلمية ، من حيث

التقييم والإجراء وصياغة الأسئلة التي تضمنتها .

-تمت مناقشة الاستبانة مع الأستاذ المشرف للتأكد من قدرة المقياس التعبير عن مشكلة الدراسة ومتغيراتها وفرضياتها .

-عرضت الاستبانة على عشرة من الأساتذة المختصين العاملين في أقسام التسويق في الجامعات الرسمية الأردنية والسعودية ، وذلك للتأكد من مدى دقة وصحة العبارات الواردة فيها ومدى قدرتها على قياس متغيرات الدراسة.

-بناءاً على الاقتراحات التي أظهرها محكمو الاستبانة ، فقد تم إجراء التعديلات المناسبة على بعض الأسئلة والفقرات ، بإضافة أو حذف بعض الفقرات غير الضرورية ، أو التي تحمل مفاهيم خاطئة أو مكرره أو غير واضحة.

د. تطبيق المقياس :

لقد مرت عملية تطبيق المقياس بالخطوات التالية :

-جمع المعلومات الخاصة بالمجتمعات الأربع التي تضمنتها الدراسة(المستشفيات ، المرضى، الأطباء، الأجهزة الرسمية) عن طريق مراجعة الإحصاءات الصادرة عن وزارة الصحة، والمؤسسات الحكومية وغير الحكومية.

-استبعاد المستشفيات الصغيرة جداً وفق معيار عدد الآسرة ،أو تلك التي لا يوجد فيها مرضى وافدين للعلاج خلال فترة توزيع الاستبيان .

-إعداد قوائم بأسماء المستشفيات الخاصة في مدينة عمان وعدد الآسرة التي تحتويها .

-استبعاد الاستبيانات غير المكتملة بدرجة كبيرة ،والتي تكررت فيها الإجابات من نفس المصدر، أو تلك التي لم تحقق شروط التقويم الإحصائي .

-التحفظ على معظم الإجابات الواردة من مستشفى الأردن ، لقلتها وتشابهها إلى حد كبير ، وقد تم تعويض النقص الناجم عن هذا المستشفى من مستشفيات الإسراء والتخصصي ، والخالدي .

هـ . اختبار صدق وثبات البيانات :

خضع اختبار جودة البيانات التي تم جمعها لاختبارات الصدق والثبات التالية:

أ. اختبار معامل التباين النصفي : Guttmann Split- Half

يستخدم لقياس درجة الانسجام والاتساق الداخلي بين فقرات المقياس ، ويجري هذا الاختبار بتقسيم الاستجابات التي تم الحصول عليها إلى جزأين ، ثم يتم حساب معامل الارتباط بينهما وتشير

القيمة المرتفعة لمعامل الارتباط إلى كون استجابات الجزأين متشابهة إلى حد كبير .

الجدول رقم (22)

اختبار معامل التباين النصفي

الاستبانة	الجزء الأول Equal-length Spearman-Brown	الجزء الثاني Unequal-length Spearman-Brown	معامل الارتباط Correlation between forms	اختبار معامل التباين النصفي Guttman Split-half
المرضى	0.7547	0.7547	0.6061	0.7271
المستشفيات	0.7233	0.7246	0.5665	0.7005
الأطباء	0.7760	0.7760	0.6340	0.7759
الأجهزة الرسمية	0.8011	0.8011	0.6682	0.7787

ب.اختبار كرونباخ ألفا :

فهو يقيس درجة الصدق والثبات للمقياس ، وقد تم إجراء الاختبار لكل متغير من متغيرات الدراسة على حده . وتنص القاعدة الإحصائية لهذا الاختبار أن النسبة المقبولة هي (60%) أو ما يزيد عنها (Sekearan , 1984 , P. 225) ، وقد جاءت نتائجه كما يلي :

الجدول رقم (23)

قيم معامل كرونباخ ألفا لمتغيرات الدراسة

الرقم	المتغيرات المستقلة	قيمة المعامل
1	خصائص الخدمات العلاجية المتاحة	0.7826
2	أسعار بيع الخدمات العلاجية	0.8398
3	ترويج الخدمات العلاجية	0.7637
4	توزيع الخدمات العلاجية	0.6881
5	خصائص المرضى القادمين	0.8366
6	الكوادر الطبية المعالجة	0.7036
7	المظهر المادي للخدمة العلاجية	0.8157
8	السياسات الحكومية	0.7148

يبين الجدول السابق ، أن هناك بعض المتغيرات التي أظهرت معدلات مرتفعة من الصـــدق والثبات وصلت إلى (83.9%) وذلك مقارنة ببعض المتغيرات الأخرى التي انخفضت عنها.

ج.اختبار التوزيع الطبيعي : Normality test or Kolmogorov- simirnov

وهو يقيس مدى توزيع البيانات التي تم جمعها توزيعها طبيعياً ، تمهيداً لإجراء الاختبارات الإحصائية اللازمة لإثبات فرضيات الدراسة ، ويقوم هذا الاختبار على الفرضية التالية :

Ho : لا تتوزع البيانات توزيعاً طبيعياً .

H1 : تتوزع البيانات توزيعاً طبيعياً .

وتنص القاعدة الإحصائية على قبول الفرضية العدمية H0 إذا كان مستوى معنوية الاختبار أكبر من (5%) ، وعليه فإن نتائج هذا الاختبار كانت كما يلي :

الجدول رقم (24)

نتائج اختبار التوزيع الطبيعي لبيانات الدراسة حسب المتغير المستقل

الرقم	المتغيرات المستقلة	K-S
1	خصائص الخدمات العلاجية المتاحة	0.001
2	أسعار بيع الخدمات العلاجية	0.004
3	ترويج قطاع السياحة العلاجية	0.027
4	توزيع الخدمات العلاجية	0.036
5	خصائص المرضى القادمين	0.000
6	الكوادر الطبية المعالجة	0.023
7	المظهر المادي للخدمة العلاجية	0.036
8	الإجراءات الحكومية	0.003

واستناداً إلى نتائج الجدول أعلاه ، فإن جميع البيانات المستخدمة تتوزع توزيعاً طبيعياً ، وبالتالي يمكن عليه إجراء الاختبارات الخاصة بإثبات فرضيات الدراسة .

د. اختبار Variance Inflationary Factor (VIF)

يقيس هذا الاختبار ما يعرف بالارتباطية المشتركة **Co-Linearity** ، التي تشير إلى درجـــة

ارتباط المتغيرات المستقلة الداخلية في النموذج مع بعضها البعض ، بحيث يصعب فصل تأثير كل متغير مستقل عن المتغير التابع . وتنص قاعدة اتخاذ القرار الإحصائي على قبول الاختبار في حال كون قيمة **VIF** أقل من خمسة ، وهي تشير بتلك القيمة إلى عدم وجود تـداخل بـين المتغيـرات المستقلة التي تضمنها النموذج ، ويبين الجدول التالي نتائج هذا الاختبار :

الجدول رقم (25)

قيمة اختبار VIF حسب مجتمع الدراسة

المجتمع	أعلى معامل ارتباط	VIF
المرضى	0.668	1.8
المستشفيات	0.837	3.4
الأطباء	0.745	2.25
الأجهزة الرسمية	0.584	1.5

تمثل **r** قيمة معامل الارتباط الخاص بكل متغير من المتغيرات المستقلة التي تضمنها النموذج ، ولإجراء هذا الاختبار تم أخذ أعلى قيمة لمعامل الارتباط ، لكافة المتغيرات المستقلة التي تضمنها النموذج كلاً على حده ، وطبق بالشكل التالي:

$$\mathbf{VIF = 1 / 1 - r^2} \quad \text{--------} \quad (2)$$

وتنص قاعدة اتخاذ القرار على أنه إذا كانت قيمة **VIF** أقل من خمسة ، فهذا يعني عدم وجود علاقة بين المتغيرات المستقلة في النموذج .

وجد أثناء إجراء الاختبار، أن معظم البيانات انخفضت عن (5) مما يعني عدم وجود تداخل بين المتغيرات المستقلة في تلك المجتمعات ، باستثناء البيانات المـأخوذة مـن المستشـفيات ، فوصلت فيها قيمة الاختبار قبل التعديل إلى (9.3) ، وبلغ أعلى معامل ارتباط (0.945) مـع بقيـة المتغيرات ، ومن الوسائل التي يمكن استخدامها لمعالجة هذه المشكلة هي (السيفو ، 1988 ، ص222):

- جمع بيانات إضافية لتخفيض حجم التباينات وبالتالي تقليل أثر الارتباط الخطي المتعدد.
- الاستعانة بمعلومات خارجية عن الموضوع قيد البحث .

- تحويل العلاقة الدالية بالضرب أو القسمة بمعامل أخر.
- حذف أو إضافة متغير يمتاز بارتباطه العالي مع بقية المتغيرات المستقلة .
- عدم الحاجة للتعديل إذا كانت درجة الارتباط غير عالية أو كاملة ، ولا تؤثر على مقدرات النموذج .

واستناداً إلى ما سبق ، قام الباحث للتخلص من مشكلة التداخل بحذف متغير حجم الدخل الفعلي السنوي المتحقق في المستشفيات ، فانخفضت معه قيمة **VIF** إلى **(3.4)** ، وقد استخدمت هذه الطريقة لواقعيتها وسهولتها ، ومعالجتها للمشكلة بشكل فوري.

5.3 أساليب التحليل الإحصائي

تمت عملية التحليل الإحصائي باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية **SPSS** ، حيث استخدمت أدوات الإحصاء الوصفي التي تمثلت في مقاييس النزعة المركزية مثل الوسط الحسابي ، الوسيط، والانحراف المعياري ، واستخدمت الجداول التكرارية ، إضافة إلى الأساليب الإحصائية اللازمة لاختبار الفرضيات مثل اختبار **t** ، واختيار **F** ، ومعامل الارتباط **r** ، واختبار **Scheffe** لإيجاد الفروقات بين المتغيرات المختلفة ، ويوضح الجدول رقم (26) الاختبارات الإحصائية والهدف منها.

الجدول رقم (26)

الاختبارات الإحصائية المستخدمة والهدف من استخدامها

الاختبار	الهدف منه
F	لاختبار مدى ملائمة النموذج المستخدم للمتغيرات المستقلة التي يتضمنها ، ويتم مقارنة القيمة المحسوبة للاختبار مع القيمة الجدولية له كقاعدة للقبول أو الرفض .
t	لاختبار أثر كل متغير مستقل على حده، ويتم مقارنة القيمة المحسوبة للاختبار مع القيمة الجدولية له كقاعدة للقبول أو الرفض .
r	قياس العلاقة الاتجاهية بين المتغيرات المستقلة والمتغير التابع ، وتتراوح قيمته بين (1 ، 1-) ، ويبين كليهما الارتباط التام الموجب و السالب على التوالي .
R^{-2}	قياس قدرة المتغير المستقل على تفسير التباين في المتغير التابع،تتراوح قيمته بين (صفر ، 1).
Scheffe	لتحديد الفروقات في المتغيرات المستقلة لصالح أي من المستشفيات المدروسة .

الفصل الرابع
اختبار فرضيات الدراسة

1 – اختبار الفرضيات
2 – اختبار الفروق
3-الانحدار المتدرج
4 – تحليل ومناقشة نتائج الدراسة

1.4 اختبار الفرضيات

بهدف اختبار فرضيات الدراسة ، تم استخدام اختبار الانحدار المتعدد F وذلك لقياس جـودة توفيق النموذج ، أو ما يسمى بمستوى معنوية العلاقة بين المتغيرات المستقلة التي تضمنها نمـوذج الانحدار وبين المتغير التابع ، وتنص القاعدة الإحصائية لهذا الاختبار على رفض الفرضية العدمية إذا كانت القيمة المحسوبة لاختبار F اكبر من القيمة الجدولية له ، وذلك عند مستوى معنوية أقل من (5%) (السيفو ، 1988، ص 132).

أما لاختبار العلاقة الإحصائية بين كل متغير مستقل لوحده مع المتغير التابع ، فقد تم حساب قيمة t لكل متغير ، وتنص القاعدة الإحصائية لهذا الاختبار على رفض فرضية العدميـة وقبـول الفرضية البديلة ، إذا كانت قيمة t المحسوبة أكبر من قيمتها الجدولية عند درجات حريـة (n - 2) وبمستوى معنوية أقل من (5%) (السيفو ، 1988، ص135).

كما استخدم معامل الارتباط بيرسون لتحديد العلاقة الاتجاهية بين المتغير المستقل والمتغير التابع ، واستخدم معامل التحديد المعدل R^{-2} لقياس نسبة التباين في المتغير التابع والتي تعزى إلى المتغير المستقل ، حيث يأخذ هذا المعامل بالاعتبار درجات حرية أكبر من معامل التحديد العادي ، مما يعطيه دقة اكبر في تفسير المتغير التابع (اسيفو ، 1988، ص 143).

كما تم حساب قيم الوسط الحسابي والانحراف المعياري ، للتعرف على مدى قبول أو رفض أفراد العينة لكل سؤال من الاستبيان الموزع ، حيث ترى القاعدة بقبول المتغير المستقل ، عند ارتفاع الوسط الحسابي له فوق قيمة الوسط الحسابي للمقياس الخماسي المستخدم والبالغة (3) ، وذلك بسبب تدرج مستوى الموافقة للإجابات من (1) إلى (5). أما المقياس الرباعي فيبلغ وسطه الحسابي (2.5) بسبب تدرج الإجابات من (1) إلى (4) (أنظر الجدول رقم 51 في الملحق).

الفرضية الرئيسية الأولى :

H0 : لا توجد علاقة بين خصائص الخدمة العلاجية المتاحة ، وتنمية الطلب الخارجي على الخدمات العلاجية في الأردن .

الجدول رقم (27)

نتائج الإحصاء الوصفي للمتغيرات المستقلة في الفرضية الأولى

العبارة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القرار الإحصائي للمتغير المستقل
عناصر النظافة في المستشفى	**4.052**	**0.6901**	**قبول**
العناية بنظافة الطعام داخل غرف المرضى	4.233	0.8957	قبول
العناية بنظافة المنام داخل غرف المرضى	3.841	0.9701	قبول
العناية بنظافة المباني داخل المستشفى	4.083	0.7624	قبول
النقل والمواصلات والاتصالات	**3.171**	**0.761**	**قبول**
توفر وسائل الاتصال الضرورية للمريض خارج المستشفى	2.991	1.053	رفض
توفر خدمات النقل الطبي المجهز والمتطور	3.313	1.091	قبول
توفر خدمات الطوارئ الطبية الدولية في المستشفى	3.008	1.140	قبول
توفر وحدات الطوارئ الطبية المتنقلة في المستشفى	3.182	1.039	قبول
توفر خدمات الحجز الإلكتروني في المستشفى	3.025	0.9821	قبول
الحجز والإقامة والدخول	**3.4**	**0.902**	**قبول**
تبسيط إجراءات الدخول للإقامة في المستشفى	3.495	1.080	قبول
التعامل مع استفسارات المرضى عبر الإنترنت أو الرد الآلي	2.739	1.000	رفض
تبسيط إجراءات قدوم المرضى الأجانب إلى الأردن	4.000	3.834	قبول
تبسيط الإجراءات الجمركية في المطار الأردني	3.170	1.093	قبول
سهولة خدمات الحجز وجدولة مواعيد المرضى	3.700	1.104	قبول
دراسة حالة المريض قبل قدومه للعلاج في الأردن	3.319	1.049	قبول
حرية اختيار طاقم العلاج من مستشفيات أخرى	3.584	1.134	قبول
خدمات الاستقبال	**3.72**	**0.85**	**قبول**
حسن المعاملة لنزلاء المستشفى	3.841	1.084	قبول
تقديم خدمات ملائمة من الضيافة وحسن الاستقبال	3.635	1.181	قبول
المحافظة على سرية المعلومات الخاصة بالمريض	3.669	1.093	قبول

تبين نتائج الإحصاء الوصفي في الجدول رقم (27) ما يلي :

-قبول أفراد العينة المستجيبة لمعظم العبارات الخاصة بالمقياس ، الأمر الذي يعني قدرتها على قياس المتغير التابع بدقة وموضوعية ، باستثناء توفر وسائل الاتصال الضرورية للمريض ، والتعامل مع استفسارات المرضى عبر الانترنت والرد الآلي ، وذلك بمقارنة الوسط الحسابي لتلك المتغيرات مع الوسط الحسابي للمقياس البالغ (3) .

الفرضية الفرعية الأولى :

H0 : لا توجد علاقة بين خصائص الخدمة العلاجية المتاحة ، ونصيب المستشفيات من إجمالي الطلب الخارجي المتاح .

أما نتائج الجدول رقم (28) فتبين ما يلي :

-عدم وجود علاقة إحصائية بين أي من العبارات التي تعبر عن الخدمات الأساسية المتوفرة في المستشفيات (عناصر النظافة في المستشفى ، وخدمات الاتصالات ، والمواصلات الطبية ، وإجراءات الدخول والإقامة والحجز ، وخدمات الاستقبال وحسن المعاملة) مع نصيب المستشفيات من الخدمات العلاجية من مستشفيات أخرى ، حيث ارتبطت جميعها بعلاقة ضعيفة وصلت إلى (6.6%) كما فسرت تلك المتغيرات نحو (1%) من حجم التباين في المتغير الفرعي التابع (أنظر الجدول رقم 1 في الملحق).

-تبين نتائج الاختبار المتعدد F المحسوبة (0.285) والجدولية (2.27) قبول الفرضية العدمية الفرعية التي ترى بعدم وجود علاقة إحصائية بين توفر الخدمات الأساسية لقطاع السياحة العلاجية، ونصيب المستشفيات من إجمالي الطلب الخارجي المتاح .

الجدول رقم (28)

اختبار الانحدار المتعدد للمتغير المستقل الأول وعلاقته بالمتغير التابع الفرعي الأول

القرار الإحصائي للفرضية العامة	Sig.	F الجدولية	F المحسوبة	B	r	R^2	المتغير التابع
لا يوجد علاقة إحصائية ونقبل فرضية العدم H0	0.047	2.27	1.546	0.084	0.066	0.01	نصيب المستشفيات من الطلب الخارجي المتاح

الفرضية الفرعية الثانية :

H0: لا توجد علاقة بين خصائص الخدمات العلاجية المتاحة ، ومبيعات المستشفيات من الخدمات العلاجية .

تبين نتائج الجدول التالي رقم (29) ما يلي :

-وجود علاقة معنوية إحصائية بين العبارات التي تعبر عن إجراءات الحجز والدخول ، والإقامة في المستشفى ، مع مبيعات المستشفيات . فقد استطاعت تلك العبارات تفسير ما نسبته (23.7%) من التباين في مبيعات المستشفيات من الخدمات العلاجية ، بينما لم تحقق العبارات الأخرى الدلالات الإحصائية المطلوبة .

-بمقارنة قيم اختبار F الجدولية (2.27) والمحسوبة (2.286) ، فإننا نرفض الفرضية العدمية الفرعية التي ترى بعدم وجود علاقة بين توفر الخدمات الأساسية في قطاع السياحة العلاجية ، مع مبيعات المستشفيات من الخدمات العلاجية.

الجدول رقم (29)

اختبار الانحدار المتعدد للمتغير المستقل الأول وعلاقته بالمتغير التابع الفرعي الثاني

المتغير التابع	R^2	r	B	Fالمحسوبة	F الجدولية	Sig.	القرار الإحصائي للفرضية العامة
مبيعات المستشفيات من الخدمات العلاجية	0.005	0.071	0.089	2.286	2.27	0.001	**يوجد علاقة إحصائية موجبة ونرفض فرضية العدم H0**

الفرضية الفرعية الثالثة :

H0 : لا توجد علاقة بين خصائص الخدمات العلاجية المتاحة ، وتحقيق مكانة مميزة في السوق الخارجي .

تبين نتائج الجدول رقم (30) ما يلي :

-عدم قبول أي من المتغيرات المستقلة في تأثيرها على تحقيق المكانة المميزة في السوق الخارجي، وارتبطت مع المتغير الفرعي التابع بعلاقة ضعيفة وصلت إلى (5.6%) **(أنظر الجدول رقم 3 في الملحق).**

-قبول الفرضية العدمية الفرعية التي ترى بعدم وجود علاقة ، بين توفر الخدمات الأساسية لقطاع السياحة العلاجية ، وبين تحقيق المستشفى لمكانة مميزة في السوق الخارجي .

الجدول رقم (30)

اختبار الانحدار المتعدد للمتغير المستقل الأول وعلاقته بالمتغير التابع الفرعي الثالث

المتغير التابع	R^2	r	B	F المحسوبة	F الجدولية	Sig.	القرار الإحصائي للفرضية العامة
المكانة المميزة في السوق الخارجي	0.004	0.056	0.084	1.753	2.27	0.016	لا يوجد علاقة إحصائية ونقبل فرضية العدم H0

الفرضية الفرعية الرابعة :

H0 : لا توجد علاقة بين خصائص الخدمات العلاجية المتاحة ، ودخول أسواق خارجية جديدة .

تشير نتائج الجدول رقم (31) إلى ما يلي :

-عدم قبول العبارات التي تعبر عن المتغيرات المستقلة ، من جانب تأثيرها على قدرة المستشفى لدخول أسواق جديدة ، وإن كان الاتجاه العام لهذه المتغيرات هو التأثير الإيجابي على هذا المتغير الفرعي التابع ، ونجد ذلك من خلال قيمة معامل التأثير B البالغة (0.166) **(أنظر الجدول رقم 4 في الملحق).**

-قبول فرضية العدم الفرعية التي ترى بعدم وجود علاقة ، بين توفر الخدمات الأساسية لقطاع السياحة العلاجية ، وقدرة المستشفى على دخول أسواق خارجية جديدة ، وذلك اعتماداً على قيم اختبار F الجدولية (2.27) والمحسوبة (1.731) .

الجدول رقم (31)

اختبار الانحدار المتعدد للمتغير المستقل الثالث وعلاقته بالمتغير التابع الفرعي الرابع

المتغير التابع	R^2	r	B	F المحسوبة	F الجدولية	Sig.	القرار الإحصائي للفرضية العامة
دخول أسواق خارجية جديدة	0.015	0.122	0.166	1.731	2.27	0.018	لا يوجد علاقة إحصائية ونقبل فرضية العدم H0

الفرضية الفرعية الخامسة :

H0: لا توجد علاقة بين خصائص الخدمات العلاجية المتاحة ، وأرباح المستشفيات من الطلب الخارجي .

تبين نتائج الجدول رقم (32) ما يلي :

-عدم تأثير المتغيرات العبارات التي تعبر عن المتغيرات المستقلة ، من جانب تأثيرها على أرباح المستشفيات المتحققة من الطلب الخارجي . فيرى الباحث أن تحقيق الأرباح يرتبط بجوانب كمية نقدية ، أكثر من ارتباطه بمتغيرات نوعية (**أنظر الجدول رقم 5 في الملحق**).

-فسرت المتغيرات المستقلة في الجدول نحو (**1.2%**) من التباين في أرباح المستشفيات ، وهذا يعني من الناحية الإحصائية وجود متغيرات أكثر أهمية لها قدرة التأثير على هذا المتغير .

-قبول فرضية العدم الفرعية التي ترى بعدم وجود علاقة ، بين توفر الخدمات الأساسية لقطاع السياحة العلاجية ، وقدرة المستشفى دخول أسواق خارجية جديدة ، وذلك اعتماداً على قيم اختبار **F** الجدولية (**2.27**) والمحسوبة (**1.936**) .

الجدول رقم (32)

اختبار الانحدار المتعدد للمتغير المستقل الأول وعلاقته بالمتغير التابع الفرعي الخامس

المتغير التابع	R^2	r	B	F المحسوبة	F الجدولية	Sig.	القرار الإحصائي للفرضية العامة
أرباح المستشفيات من الطلب الخارجي	0.012	0.111	0.156	1.936	2.27	0.006	لا يوجد علاقة إحصائية ونقبل فرضية العدم H0

الفرضية الفرعية السادسة :

H0: لا توجد علاقة بين خصائص الخدمات العلاجية المتاحة ، والحفاظ على نفس مستوى الأداء السابق .

تبين نتائج الجدول رقم (33) ما يلي :

-ارتبط متغير حسن المعاملة والاستقبال بعلاقة عكسية مع متغير الحفاظ على نفس مستوى الأداء السابق ، وكانت تلك النتيجة بمقارنة قيم اختبار t المحسوبة لكل منهما مع قيمته الجدولية (**1.98**) . لكن يرى الباحث أن تحسين درجة معاملة واستقبال المرضى الأجانب ، لن يحافظ أو يخفض من مستوى الأداء بل يزيد من معدل نموه المستقبلي . فيما لم تؤثر المتغيرات المستقلة الأخرى في التأثير على هذا المتغير (**أنظر الجدول رقم 6 في الملحق**).

-من خلال قيمة معامل التحديد المعدل R^{-2} ،استطاعت المتغيرات المستقلة تفسير ما نسبته (7.5%) من حجم التباين في أداء المستشفيات المحلية ، وهذا يعني من الناحية الإحصائية وجود متغيرات أكثر أهمية لها قدرة التأثير على هذا المتغير تقدر نسبتها بنحو (92.5%).
-رفض الفرضية العدمية الفرعية التي ترى بعدم وجود علاقة ، بين توفر الخدمات الأساسية لقطاع السياحة العلاجية ، والحفاظ على نفس مستوى الأداء السابق ، وذلك اعتماداً على قيم اختبار F الجدولية (2.27) والمحسوبة (3.711) .

الجدول رقم (33)

اختبار الانحدار المتعدد للمتغير المستقل الأول وعلاقته بالمتغير التابع الفرعي السادس

المتغير التابع	R^2	r	B	F المحسوبة	F الجدولية	Sig.	القرار الإحصائي للفرضية العامة
الحفاظ على مستوى الأداء السابق	0.075	0.017	-.0063	3.711	2.27	0.00	يوجد علاقة إحصائية ونرفض فرضية العدم H0

الفرضية الرئيسية الثانية :

H0 : لا توجد علاقة بين أسعار بيع الخدمات العلاجية ، وتنمية الطلب الخارجي على الخدمات العلاجية في الأردن .

تبين نتائج الإحصاء الوصفي في الجدول رقم (34) قبول العينة المستجيبة لمعظم العبارات الواردة فيها ، وذلك بمقارنة قيم الوسط الحسابي لتلك المتغيرات مع قيمة الوسط الحسابي للمقياس خماسي المستويات البالغ (3) . ولقد تم تقسيم هذه الفرضية إلى ستة فرضيات فرعية كما يلي :

الجدول رقم (34)

نتائج الإحصاء الوصفي للمتغيرات المستقلة في الفرضية الثانية

العبارة	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	القرار الإحصائي للمتغير المستقل
أسعار بيع الخدمات العلاجية في المستشفى	0.964	2.680	رفض
الطرق المتبعة لدفع فواتير العلاج المستحقة	0.876	3.336	قبول
تسهيلات الدفع والخصومات السعرية المقدمة عند العلاج لأكثر من مرة في المستشفى	1.081	3.675	قبول

تقديم فاتورة مفصلة بكافة العلاجات المقدمة	1.102	3.205	قبول
التزام المستشفى بالأسعار المعلنة عن خدماته العلاجية	1.124	2.798	رفض
أسعار الطعام والشراب في المستشفى	1.080	2.504	رفض
أسعار بيع الخدمة العلاجية في الأردن مقارنة بالدول العربية	1.064	3.041	قبول
أسعار بيع الأدوية للمرضى الأجانب	0.834	2.386	رفض
الخدمات العلاجية المجانية للمرضى الأجانب	1.190	2.517	رفض
مستوى تقديم الخدمات العلاجية في المستشفى	1.155	3.310	قبول

الفرضية الفرعية الأولى :

H0: لا توجد علاقة بين أسعار بيع الخدمات العلاجية ، ونصيب المستشفيات من إجمالي الطلب الخارجي المتاح .

تشير نتائج الجدول التالي رقم (35) إلى ما يلي :

-تشير نتائج اختبار الانحدار المتعدد F المحسوبة (2.61) والجدولية (2.27) إلى رفض الفرضية العدمية الفرعية التي تنص على عدم وجود علاقة إحصائية بين أسعار بيع الخدمة العلاجية ، ونصيب المستشفيات من أجمالي الطلب الخارجي المتاح.

-قبول تأثير المتغيرات المستقلة التالية : تسهيلات الدفع والخصومات السعرية ، والتزام المستشفى بالأسعار المعلنة ، وأسعار الطعام والشراب ، من الناحية الإحصائية على المتغير الفرعي التابع **(أنظر الجدول رقم 7 في الملحق)** .

-ارتبطت المتغيرات المستقلة بعلاقة معنوية ضعيفة مع نصيب المستشفيات من إجمالي الطلب الخارجي بلغت (7.2%) ، كما استطاعت تلك المتغيرات تفسير ما نسبته (5%) من حجم التباين في نصيب المستشفيات من الطلب الخارجي المتاح ، وذلك اعتماداً على قيمة R^{-2} .

الجدول رقم (35)

اختبار الانحدار المتعدد للمتغير المستقل الثاني وعلاقته بالمتغير التابع الفرعي الأول

المتغير التابع	R^2	r	B	F المحسوبة	F الجدولية	Sig.	القرار الإحصائي للفرضية الفرعية
نصيب المستشفى من الطلب المتاح	0.005	0.072	0.087	6.61	2.27	0.036	يوجد علاقة إحصائية موجبة ونرفض فرضية العدم H0

الفرضية الفرعية الثانية :

H0 : لا توجد علاقة بين أسعار بيع الخدمات العلاجية ، ومبيعات المستشفيات من الخدمات العلاجية.

بينت نتائج الجدول التالي رقم (36) ما يلي :

-إن أهم ما يؤثر على مبيعات المستشفيات المحلية من الخدمات العلاجية هي متغيرات : أسعار بيع الخدمة العلاجية ، وأسعار بيع الطعام والشراب ، وتسهيلات الدفع والخصومات السعرية (أنظر الجدول رقم 8 في الملحق) .

-اعتماداً على قيم معامل التحديد المعدل R^{-2} ، فقد فسرت المتغيرات المستقلة نحو (16%) من حجم التباين في مبيعات المستشفيات .

-اعتماداً على قيم اختبار F الجدولية (2.27) والمحسوبة (2.72) ، فإننا نرفض فرضية العدم التي ترى بعدم وجود علاقة بين أسعار بيع الخدمة العلاجية ، ومبيعات المستشفيات من الخدمات العلاجية .

الجدول رقم (36)

اختبار الانحدار المتعدد للمتغير المستقل الثاني وعلاقته بالمتغير التابع الفرعي الثاني

المتغير التابع	R^2	r	B	F المحسوبة	F الجدولية	Sig.	القرار الإحصائي للفرضية العامة
مبيعات المستشفيات من الخدمات العلاجية	0.009	0.095	0.115	2. 72	2.27	0.003	يوجد علاقة إحصائية موجبة ونرفض فرضية العدم H0

الفرضية الفرعية الثالثة :

H0 : لا توجد علاقة بين أسعار بيع الخدمات العلاجية ، وتحقيق مكانة مميزة في السوق الخارجي .

تبين نتائج الجدول رقم (37) ما يلي :

-وجد أن هناك علاقة بين التزام المستشفى بأسعاره المعلنة عن خدماته العلاجية ، وبين زيادة حجم الثقة بين المريض والمستشفى ، وبالتالي تحقيق مكانة مرموقة في أذهان المرضى الأجانب .

-اعتماداً على نتائج اختبار الانحدار المتعدد للفرضية F ، نرفض الفرضية العدمية الفرعية ، التي ترى بعدم وجود علاقة إحصائية بين أسعار بيع الخدمات العلاجية ، وتحقيق مكانة مميزة في السوق الخارجي.

الجدول رقم (37)

اختبار الانحدار البسيط للمتغير المستقل الثاني وعلاقته بالمتغير التابع الفرعي الثالث

المتغير التابع	R^2	r	B	F المحسوبة	F الجدولية	Sig.	القرار الإحصائي للفرضية العامة
تحقيق مكانة مميزة في السوق الخارجي	0.002	0.046	0.115	3.252	2.27	0.017	يوجد علاقة إحصائية موجبة ونرفض فرضية العدم H0

الفرضية الفرعية الرابعة :

H0 : لا توجد علاقة بين أسعار بيع الخدمات العلاجية ، ودخول أسواق خارجية جديدة .

تبين نتائج الجدول رقم (38) ما يلي :

-يتأثر دخول المستشفى إلى أسواق خارجية جديدة بمتغيرات مستقلة أثبتت قدرتها الإحصائية وهي: تسهيلات الدفع والخصومات السعرية المقدمة ، عند العلاج لأكثر من مرة في المستشفى ، وأسعار الطعام والشراب في المستشفى ، وذلك اعتماداً على قيم اختبار t المحسوبة والجدولية لها (1.98) (أنظر الجدول رقم 10 في الملحق).

-رفض الفرضية العدمية الفرعية التي ترى بعدم وجود علاقة إحصائية بين أسعار بيع الخدمة العلاجية ، ودخول أسواق خارجية جديدة .

الجدول رقم (38)

اختبار الانحدار البسيط للمتغير المستقل الثاني وعلاقته بالمتغير التابع الفرعي الرابع

المتغير التابع	R^2	r	B	F المحسوبة	F الجدولية	Sig.	القرار الإحصائي للفرضية العامة
دخول أسواق خارجية جديدة	0.006	0.076	0.1	2.69	2.27	0.04	يوجد علاقة إحصائية موجبة ونرفض فرضية العدم H0

الفرضية الفرعية الخامسة :

H0 : لا توجد علاقة بين أسعار بيع الخدمات العلاجية ، وأرباح المستشفيات من الطلب الخارجي على الخدمات العلاجية المحلية .

الجدول رقم (39)

اختبار الانحدار البسيط للمتغير المستقل الثاني وعلاقته بالمتغير التابع الفرعي الخامس

المتغير التابع	R^2	r	B	F المحسوبة	F الجدولية	Sig.	القرار الإحصائي للفرضية العامة
دخول أسواق خارجية جديدة	0.007	0.082	0.111	2.798	2.27	0.03	وجود علاقة إحصائية موجبة ونرفض فرضية العدم H0

تبين نتائج الجدول السابق رقم (39) ما يلي :

-وجد أن هناك علاقة إحصائية بين أرباح المستشفيات المتحققة من الطلب الخارجي ، وكلاً من أسعار الأدوية التي تباع للمرضى ، وأسعار الطعام والشراب . وقد بانت هذه العلاقة من خلال قيمة اختبار **t** الجدولية (**1.98**) والمحسوبة لهما (**2.228**) و (**3.383**) على التوالي (**أنظر الجدول رقم 11 في الملحق**).

-وجود متغيرات أقل أهمية من المجموعة الأولى من جانب تأثيرها وهي : الخصومات السعرية المقدمة للمرضى ، والالتزام بالأسعار المعلنة ، والخدمات العلاجية المجانية المقدمة ، وتقديم فاتورة مفصلة بكافة العلاجات المقدمة ،إضافة إلى مستوى تقديم الخدمة العلاجية في المستشفى ، فهي جميعاً تؤثر على مستوى أرباح المستشفيات المتحقق من المرضى الأجانب لكن بنسب ضعيفة (**أنظر الجدول رقم 11 في الملحق**) .

-اعتماداً على قاعدة اتخاذ القرار الإحصائي لاختبار **F** ومقارنة قيمه الجدولية (**2.27**) والمحسوبة (**2.798**) ، فإننا نرفض الفرضية العدمية الفرعية التي ترى بعدم وجود علاقة بين أسعار بيع الخدمات العلاجية ، وبين أرباح المستشفيات المتحققة من الطلب الخارجي .

الفرضية الفرعية السادسة :

H0 : لا توجد علاقة بين أسعار بيع الخدمات العلاجية ، والحفاظ على نفس المستوى من الأداء .

تبين نتائج الجدول التالي رقم (40) ما يلي :

-عدم تأثير جميع المتغيرات المستقلة على متغير الحفاظ على نفس المستوى السابق من الأداء . فكما هو معروف أن نظرية ثبات الأداء غير واردة في الخطط المستقبلية وبرامج العمل التي تقرها المستشفيات . بسبب وجود مجموعة من العوامل الخارجة عن نطاق عمل وسيطرة المستشفى ، تدفع

الأداء إلى التغير وليس الثبات مثل عوامل النمو أو الانكماش الاقتصادي ،والنمو السكاني والكوارث والحروب غيرها (**أنظر الجدول رقم 12 في الملحق**).

-اعتماداً على قاعدة اتخاذ القرار الإحصائي لاختبار F ومقارنة قيمه الجدولية (2.27) والمحسوبة (0.257) ، فإننا نقبل فرضية العدم الفرعية التي ترى بعدم وجود علاقة إحصائية بين أسعار بيع الخدمات العلاجية ، والحفاظ على نفس المستوى من الأداء السابق للمستشفيات .

الجدول رقم (40)

اختبار الانحدار البسيط للمتغير المستقل الثاني وعلاقته بالمتغير التابع الفرعي السادس

المتغير التابع	R^2	r	B	F المحسوبة	F الجدولية	Sig.	القرار الإحصائي للفرضية العامة
دخول أسواق خارجية جديدة	0.002	0.047	0.040	0.257	2.27	0.613	لا يوجد علاقة إحصائية ونقبل فرضية العدم H0

الفرضية الرئيسية الثالثة :

H0 : لا توجد علاقة بين ترويج الخدمات العلاجية ، وتنمية الطلب الخارجي على الخدمات العلاجية في الأردن .

تشير نتائج الإحصاء الوصفي في الجدول رقم (41) إلى قبول أفراد العينة لبعض المتغيرات المستقلة ، ورفضها للبعض الأخر كخصائص العاملين في الترويج (المؤهلات ، عدد العاملين) والإنفاق على الترويج الحكومي والخاص ، وذلك من حيث تأثيرها على تنمية الطلب الخارجي على الخدمات العلاجية المحلية .

وباستعراض المتغيرات التي تم رفضها ، نجدها في الواقع العملي مهمة في توجيه قرار شراء الخدمة العلاجية والتأثير عليه ، لكن من الناحية الإحصائية تم قبول فرض الأساس على أنه لا يوجد علاقة ، مع أن ذلك القبول يطلق عليه الخطأ من النوع الثاني Type 2 Error (العتوم والعاوروي، ص309) . وكانت نتائج الرفض أو القبول اعتماداً على قيم الوسط الحسابي لكل متغير مستقل مقارنة بقيمة الوسط الحسابي للمقياس ككل (3) ، كما أن هناك بعض المتغيرات التي بلغ وسطها الحسابي (1.5) .

الجدول رقم (41)

نتائج الإحصاء الوصفي للمتغيرات المستقلة في الفرضية الثالثة

المتغير المستقل	الوسط الحسابي للمقياس	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي للمتغير	القرار الإحصائي للمتغير المستقل
العاملين في الترويج	**2.3**	**0.822**	**1.12**	**رفض**
وجود قسم متخصص لتسويق الخدمة العلاجية	1.5	0.4804	1.692	قبول
عدد العاملين في قسم التسويق	3.5	2.380	4.5	قبول
مؤهلات العاملين في قسم التسويق	2	00.00	1.00	رفض
الإنفاق على الترويج	**3**	**0.483**	**1.23**	**رفض**
نفقات ترويج الخدمات العلاجية في المستشفى	3	0.6304	1.692	رفض
الإنفاق الحكومي على ترويج للخدمة العلاجية	3.5	1.06	1.866	رفض
طرق الترويج	**2.2**	**0.712**	**2.56**	**قبول**
طرق ترويج الخدمات العلاجية	3.5	1.993	5.153	قبول
ترويج الخدمات الطبية المتميزة في الأسواق المستهدفة	1.5	0.4385	1.230	رفض
إدراج السياحة العلاجية ضمن خطط الترويج السياحي الوطنية	1.5	0.4423	1.25	رفض

الفرضية الفرعية الأولى :

H0 : لا توجد علاقة بين ترويج الخدمات العلاجية ، ونصيب المستشفيات من إجمالي الطلب الخارجي المتاح .

تشير نتائج الجدول التالي رقم (42) لما يلي :

-التأثير الإيجابي القوي من الناحية الإحصائية ، لمتغير العاملين في قسم الترويج وهو المتمثل في: وجود قسم مختص بالترويج ، وعدد العاملين فيه ، ومؤهلاتهم .فنجد أن المستشفيات التي يوجد فيها قسم للتسويق ، هي الأكثر قدرة على إيصال خدماتها العلاجية للمرضى الأجانب ، وتزداد أهمية هذا القسم بارتفاع درجة تأهيل العاملين فيه ، مما ينعكس على قدرتهم في فهم متطلبات المريض ، وتلبية حاجاته (**أنظر الجدول رقم 13 في الملحق**).

-التأثير المعنوي الضعيف للإنفاق الترويجي سواء كان هذا الإنفاق من جانب المستشفى ، أم الحكومة . وهذا يعني أن الموارد المنفقة على الترويج لم يكن لها دور مهم في زيادة نصيب

المستشفيات من الخدمات العلاجية الخارجية ، لأسباب تتعلق بندرة المخصصات من جهة ، وسوء استخدامها من جهة أخرى . كذلك فإن طرق الترويج المستخدمة لم يكن لها دور في التأثير على نصيب المستشفيات من الطلب الخارجي (**أنظر الجدول رقم 13 في الملحق**).

-رفض الفرضية العدمية الفرعية التي ترى ، بعدم وجود علاقة إحصائية قوية بين ترويج الخدمات العلاجية ، ونصيب المستشفيات من إجمالي الطلب الخارجي المتاح ، وذلك بمقارنة قيم اختبار F الجدولية (**2.15**) مع المحسوبة لها (**3.237**) .

الجدول رقم (42)

اختبار الانحدار المتعدد للمتغير المستقل الثالث وعلاقته بالمتغير التابع الفرعي الأول

المتغير التابع	R^2	r	B	F المحسوبة	F الجدولية	Sig.	القرار الإحصائي للفرضية العامة
نصيب المستشفيات من الطلب الخارجي	0.227	0.477	3.358	3.237	2.15	0.099	**يوجد علاقة إحصائية موجبة ونرفض فرضية العدم H0**

الفرضية الفرعية الثانية :

H0 : لا توجد علاقة بين ترويج الخدمات العلاجية ، ومبيعات المستشفيات من الخدمات العلاجية.

تبين نتائج الجدول رقم (43) ما يلي :

-وجد أن المتغير المستقل الوحيد الذي سجل دلالة إحصائية في التأثير على مبيعات المستشفيات من الخدمات العلاجية هو متغير العاملون في الترويج ، وذلك استناداً إلى قيمة اختبار t الجدولية والمحسوبة لهذا المتغير (**أنظر الجدول رقم 14 في الملحق**) .

-عدم فعالية طرق الترويج المستخدمة ، والإنفاق الترويجي على مبيعات المستشفيات من الخدمات العلاجية (**أنظر الجدول رقم 14 في الملحق**) .

-نرفض الفرضية العدمية الفرعية التي ترى بعدم وجود علاقة بين ، ترويج الخدمات العلاجية ، وبين مبيعات المستشفيات من الخدمات العلاجية اعتماداً على قيم اختبارF الجدولية (**2.15**) والمحسوبة له (**13.561**) .

الجدول رقم (43)

اختبار الانحدار المتعدد للمتغير المستقل الثالث وعلاقته بالمتغير التابع الفرعي الثاني

القرار الإحصائي للفرضية العامة	Sig.	F الجدولية	F المحسوبة	B	r	R^2	المتغير التابع
يوجد علاقة إحصائية موجبة ونرفض فرضية العدم H0	0.171	2.15	2.17	2.976	0.422	0.178	مبيعات المستشفيات من الخدمات العلاجية

الفرضية الفرعية الثالثة :

H0 : لا توجد علاقة بين ترويج الخدمات العلاجية ، وتحقيق مكانة مميزة في السوق الخارجي .

يبين الجدول رقم (44) ما يلي :

-اعتماداً على قيم اختبار t الجدولية والمحسوبة لكل متغير مستقل ، نجد أن القوى العاملة في الترويج ، قد أثبتت تأثير من الناحية الإحصائية على تحقيق مكانة مميزة للمستشفى في السوق المستهدف (**أنظر الجدول 15 في الملحق**) .

-نرفض الفرضية العدمية الفرعية التي ترى بعدم وجود علاقة بين ترويج الخدمات العلاجية ، وتحقيق المستشفى لمكانة مميزة في السوق الخارجي ، وذلك اعتماداً على قيم اختبار F المحسوبة (3.167) والجدولية (2.15) لهذه الفرضية .

الجدول رقم (44)

اختبار الانحدار المتعدد للمتغير المستقل الثالث وعلاقته بالمتغير التابع الفرعي الثالث

القرار الإحصائي للفرضية العامة	Sig.	F الجدولية	F المحسوبة	B	r	R^2	المتغير التابع
يوجد علاقة إحصائية موجبة ونرفض فرضية العدم H0	0.106	2.15	3.167	4.272	0.49	0.241	تحقيق مكانة مميزة في السوق الخارجي

الفرضية الفرعية الرابعة :

H0 : لا توجد علاقة بين ترويج الخدمات العلاجية ، ودخول أسواق خارجية جديدة .

تشير نتائج الجدول رقم (45) إلى ما يلي :

-التأثير الإحصائي القوي للمتغيرات المستقلة المتمثلة في :الكوادر العاملة في الترويج ، وطرق الترويج المستخدمة ، وذلك على قدرة المستشفى في دخول أسواق خارجية جديدة . فقسم التسويق يقوم بدراسة الأسواق القائمة والمحتملة من حيث الانتشار والربحية والنمو، كما يقوم بأبحاث سوقية أخرى لكشف أسواق أخرى جديدة مناسبة للخدمة العلاجية المحلية . أما طرق الترويج فتساهم في إيصال الحزم المعلوماتية بكافة التفاصيل عن الخدمة العلاجية المتاحة ، كما يساعد تنويع طرق الترويج على انتشار الخدمة العلاجية ، ودخول أسواق أخرى جديدة (**أنظر الجدول رقم 16 في الملحق)**.

-وجود علاقة إحصائية بمعنوية عالية بين ترويج الخدمة العلاجية ، ودخول أسواق خارجية جديدة، من خلال قيم اختبار F الجدولية (2.15) مقارنة بقيمته المحسوبة (4.01) .

الجدول رقم (45)

اختبار الانحدار المتعدد للمتغير المستقل الثالث وعلاقته بالمتغير التابع الفرعي الرابع

المتغير التابع	R^2	r	B	F المحسوبة	F الجدولية	Sig.	القرار الإحصائي للفرضية العامة
دخول أسواق خارجية جديدة	0.267	0.517	3.351	4.01	2.15	0.071	يوجد علاقة إحصائية موجبة ونرفض فرضية العدم H0

الفرضية الفرعية الخامسة :

H0 : لا توجد علاقة بين ترويج الخدمات العلاجية ، وأرباح المستشفيات من الطلب الخارجي .

تبين النتائج الواردة في الجدول رقم (46) ما يلي :

-تأثرت أرباح المستشفيات المتولدة عن الطلب الخارجي ، بمجموعة من المتغيرات المستقلة ذات المعنوية الإحصائية العالية مثل :وجود قسم متخصص لتسويق الخدمة العلاجية ، وعدد العاملين في قسم التسويق ومؤهلاتهم ، وحجم إنفاق المستشفى على ترويج الخدمات العلاجية . فيما لم تظهر طرق الترويج أي أثر معنوي على تحقيق الأرباح (**أنظر الجدول رقم 17 في الملحق**).

-تفسر المتغيرات المستقلة نحو (37.7%) من حجم التباين في أرباح المستشفيات ، كما ارتبطت بعلاقة قوية مع المتغير التابع وصلت إلى (61.4%).

-رفض الفرضية العدمية الفرعية التي ترى بعدم وجود علاقة إحصائية معنوية ، بين ترويج الخدمات العلاجية ، وأرباح المستشفيات من الطلب الخارجي ، استناداً إلى قيم اختبار F.

الجدول رقم (46)

اختبار الانحدار المتعدد للمتغير المستقل الثالث وعلاقته بالمتغير التابع الفرعي الخامس

القرار الإحصائي للفرضية العامة	Sig.	F الجدولية	F المحسوبة	B	r	R^2	المتغير التابع
يوجد علاقة إحصائية موجبة ونرفض فرضية العدم H0	0.026	2.15	6.664	4.289	0.614	0. 377	أرباح المستشفيات من الطلب الخارجي

الفرضية الفرعية السادسة :

H0 : لا توجد علاقة بين ترويج الخدمات العلاجية ، والحفاظ على نفس مستوى الأداء السابق .

تبين النتائج الواردة في الجدول رقم (47) ما يلي :

-عدم معنوية أي من المتغيرات المستقلة في الحفاظ على نفس مستوى الأداء السابق عبر الزمن (أنظر الجدول رقم 18 في الملحق).

-اعتماداً على قيم R^{-2} ، فإن المتغيرات المستقلة لم تستطيع تفسير التباين في أداء المستشفى لأنها بلغت صفر ، ومن خلال قيمة معامل الارتباط ارتبطت المتغيرات المستقلة مع المتغير التابع بنسبة ضعيفة وصلت إلى (2.1%) .

-قبول فرضية العدم الفرعية التي ترى بعدم وجود علاقة بين ترويج الخدمات العلاجية ، والحفاظ على نفس مستوى الأداء السابق ، بمقارنة قيم اختبار F الجدولية (2.15) والمحسوبة لها (0.005) .

الجدول رقم (47)

اختبار الانحدار المتعدد للمتغير المستقل الثالث وعلاقته بالمتغير التابع الفرعي السادس

القرار الإحصائي للفرضية العامة	Sig.	F الجدولية	F المحسوبة	B	r	R^2	المتغير التابع
لا يوجد علاقة إحصائية ونقبل فرضيةالعدم H0	0.946	2.15	0.005	0.244	0.021	0.00	الحفاظ على نفس مستوى الأداء السابق

الفرضية الرئيسية الرابعة :

H0 : لا توجد علاقة بين توزيع الخدمة العلاجية ، وتنمية الطلب الخارجي على الخدمات العلاجية في الأردن .

الجدول رقم (48)

نتائج الإحصاء الوصفي للمتغيرات المستقلة في الفرضية الرابعة

المتغير المستقل	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القرار الإحصائي للمتغير المستقل
مؤسسات التسويق العاملة في السوق المستهدف	1.384	.5064	رفض
اتفاقيات وبروتوكولات التعاون الطبي الثنائية بين المستشفيات الأردنية والخارجية، أو مع الدول و شركات التأمين	1.923	1.656	قبول
المستشفيات وعيادات الأطباء في الأسواق المستهدفة	3.041	0.999	قبول
السفارات الأجنبية العاملة في الأردن	1.202	0.454	رفض
عيادات الاختصاص العاملة في السوق الأردني	1.808	1.423	قبول
جمعية المستشفيات الخاصة في الأردن	1.011	0.855	رفض
شركات التأمين الصحي الأردنية والأجنبية	1.021	0955	رفض
المؤسسات الطبية الدولية	1.322	0.932	رفض

تبين نتائج الإحصاء الوصفي في الجدول (48) قبول العينة المستجيبة لثلاثة من المتغيرات المستقلة ، والتي يعتقدون بتأثيرها على المتغير التابع وهذه المتغيرات هي : إبرام الاتفاقيات والبروتوكولات الطبية مع حكومات في الدول المستهدفة ، المستشفيات وعيادات الأطباء في الأسواق المستهدفة ، وعيادات الاختصاص العاملة في السوق الأردني . لقد تمت مقارنة الوسط الحسابي لكل متغير مع الوسط الحسابي للمقياس ، فقد بلغ الوسط الحسابي للمتغيرات (1.5) .

الفرضية الفرعية الأولى :

H0 : لا توجد علاقة بين توزيع الخدمات العلاجية ، ونصيب المستشفيات من إجمالي الطلب الخارجي المتاح .

بينت نتائج الجدول رقم (49) ما يلي :

-تؤثر الاتفاقيات العلاجية المبرمة على نصيب المستشفيات من الطلب الخارجي ، وكلما زاد عدد الاتفاقيات المبرمة زادت معها حصة المستشفيات في الأسواق الخارجية (أنظر الجدول رقم **19 في الملحق**).

-استطاعت المتغيرات المستقلة تفسير ما نسبته (83.5%) من التباين في نصيب المستشفيات من إجمالي الطلب الخارجي المتاح .

-رفض الفرضية العدمية الفرعية التي ترى بعدم وجود علاقة إحصائية بين توزيع الخدمات العلاجية ، ونصيب المستشفيات من إجمالي الطلب الخارجي ، وذلك اعتماداً على قيم اختبار **F** الجدولية (2.6) والمحسوبة (33.708) .

الجدول رقم (49)

اختبار الانحدار المتعدد للمتغير المستقل الرابع وعلاقته بالمتغير التابع الفرعي الأول

المتغير التابع	R^2	r	B	F المحسوبة	F الجدولية	Sig.	القرار الإحصائي للفرضية العامة
نصيب المستشفيات من الطلب الخارجي	0.835	0.914	0.244	33.708	2.6	0.00	يوجد علاقة إحصائية موجبة ونرفض فرضية العدم H0

الفرضية الفرعية الثانية :

H0 : لا توجد علاقة بين توزيع الخدمات العلاجية ، ومبيعات المستشفيات من الخدمات العلاجية .

تبين نتائج الجدول رقم (50) ما يلي :

-نجحت المتغيرات المستقلة من الناحية الإحصائية : الاتفاقيات المبرمة مع المستشفيات والمؤسسات العلاجية في الأسواق الخارجية ، والمستشفيات وعيادات الأطباء في الأسواق المستهدفة ، عيادات الاختصاص العاملة في السوق الأردني ، في تفسير جزء كبير من التباين في مبيعات المستشفيات من الخدمات العلاجية ، وصل إلى (78.9%).

-رفض الفرضية العدمية الفرعية التي ترى بعدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين توزيع الخدمات العلاجية ، ومبيعات المستشفيات من الخدمات العلاجية ، وذلك اعتماداً على قيم اختبار F الجدولية (2.6) والمحسوبة (23.7) .

الجدول رقم (50)

اختبار الانحدار المتعدد للمتغير المستقل الرابع وعلاقته بالمتغير التابع الفرعي الثاني

المتغير التابع	R^2	r	B	F المحسوبة	F الجدولية	Sig.	القرار الإحصائي للفرضية العامة
مبيعات المستشفيات من الخدمات العلاجية	0.789	0.888	2.976	23.7	2.6	0.00	يوجد علاقة إحصائية موجبة ونرفض فرضية العدم H0

الفرضية الفرعية الثالثة :

H0 : لا توجد علاقة بين توزيع الخدمات العلاجية ، وتحقيق مكانة مميزة في السوق الخارجي.

تشير نتائج الجدول رقم (51) إلى ما يلي :

-معنوية المتغيرات المستقلة المتمثلة في :الاتفاقيات الثنائية المبرمة مع مستشفيات أخرى، والمستشفيات وعيادات الأطباء في الأسواق المستهدفة ،وعيادات الاختصاص العاملة في السوق الأردني ،من جانب تأثيرها على تحقيق مكانة متميزة للمستشفى (**أنظر الجدول رقم 21 في الملحق**).

-من خلال قيمة معامل التحديد المعدل ، فسرت المتغيرات المستقلة نحو (60.8%) من التباين في مكانة المستشفى في السوق الخارجي ، في حين أن هناك عوامل أخرى أقل تأثيراً خارج النموذج وبنسبة وصلت إلى (39.2%) .

الجدول رقم (51)

اختبار الانحدار المتعدد للمتغير المستقل الرابع وعلاقته بالمتغير التابع الفرعي الثالث

المتغير التابع	R^2	r	B	F المحسوبة	F الجدولية	Sig.	القرار الإحصائي للفرضية العامة
المكانة المميزة في السوق الخارجي	0.608	0.779	5.061	26.904	2.6	0.00	يوجد علاقة إحصائية موجبة ونرفض فرضية العدم H0

الفرضية الفرعية الرابعة :

H0 : لا توجد علاقة بين توزيع الخدمات العلاجية ، ودخول أسواق خارجية جديدة.

بينت النتائج وجود تأثير معنوي قوي للمتغيرات المستقلة : هي متغيرات إبرام الاتفاقيات والبروتوكولات الطبية مع حكومات في الدول المستهدفة ، والمستشفيات وعيادات الأطباء في الأسواق المستهدفة ، وعيادات الاختصاص العاملة في السوق الأردني **(أنظر الجدول رقم 22 في الملحق)** ، وارتبطت بعلاقة قوية موجبة وصلت إلى **(92.1%)** مع المتغير الفرعي التابع (دخول أسواق خارجية جديدة) ، كما استطاعت تفسير ما نسبته **(84.7%)** من حجم التباين فيه .

الجدول رقم (52)

اختبار الانحدار المتعدد للمتغير المستقل الرابع وعلاقته بالمتغير التابع الفرعي الرابع

القرار الإحصائي للفرضية العامة	Sig.	F الجدولية	F المحسوبة	B	r	R^2	المتغير التابع
يوجد علاقة إحصائية موجبة ونرفض فرضية العدم H0	0.00	2.6	37.028	5.458	0.921	0.847	دخول أسواق خارجية جديدة

الفرضية الفرعية الخامسة :

H0 : لا توجد علاقة بين توزيع الخدمات العلاجية ، وأرباح المستشفيات من الطلب الخارجي على الخدمات العلاجية المحلية .

اعتماداً على نتائج اختبار F المحسوبة (27.372) والجدولية **(2.6)** تم قبول الفرضية البديلة التي ترى بوجود علاقة بين توزيع الخدمات العلاجية ، مع متغير أرباح المستشفيات من الطلب الخارجي وبمعنوية إحصائية عالية بلغت (0.00) .

الجدول رقم (53)

اختبار الانحدار المتعدد للمتغير المستقل الرابع وعلاقته بالمتغير التابع الفرعي الخامس

القرار الإحصائي للفرضية العامة	Sig.	F الجدولية	F المحسوبة	B	r	R^2	المتغير التابع
يوجد علاقة إحصائية موجبة ونرفض فرضية العدم H0	0.00	2.6	27.372	5.579	0.894	0.804	أرباح المستشفيات من الخدمات العلاجية

الفرضية الفرعية السادسة :

H0 : لا توجد علاقة بين توزيع الخدمات العلاجية ، والحفاظ على نفس مستوى الأداء السابق.

بينت نتائج التحليل في الجدول **(54)** أن قيام المستشفى بإبرام اتفاقيات علاجية مع مستشفيات أخرى، والاعتماد على المستشفيات وعيادات الأطباء في الأسواق المستهدفة ، وعيادات الاختصاص العاملة في السوق الأردني من شأنها الحفاظ على مستوى ثابت من الأداء عبر الزمن لتلك المستشفيات .كما تم الاعتماد على نتائج اختبار **F** المحسوبة **(4.938)** والجدولية **(2.6)** لرفض الفرضية العدمية الفرعية التي ترى بعدم وجود علاقة بين توزيع الخدمات العلاجية ، وبين الحفاظ على نفس مستوى الأداء السابق .

الجدول رقم (54)

اختبار الانحدار المتعدد للمتغير المستقل الرابع وعلاقته بالمتغير التابع الفرعي السادس

المتغير التابع	R^2	r	B	F المحسوبة	F الجدولية	Sig.	القرار الإحصائي للفرضية العامة
الحفاظ على نفس مستوى الأداء السابق	0.426	0.652	3.015	4.938	2.6	0.010	يوجد علاقة إحصائية موجبة ونرفض فرضية العدم H0

الفرضية الرئيسية الخامسة :

H0 : لا توجد علاقة بين خصائص المرضى القادمين للعلاج ، وتنمية الطلب الخارجي على الخدمات العلاجية في الأردن .

تشير نتائج الإحصاء الوصفي في الجدول رقم (55) ما يلي :

–رفض أفراد العينة لمعظم المتغيرات المستقلة الفرعية الواردة في الجدول ، وذلك من جانب تأثيرها على المتغير التابع الرئيسي (تنمية الطلب الخارجي على الخدمات العلاجية المحلية) ، وكان هذا الرفض لمتغيرات جنس المريض ،ومستوى التعليم ، وحالته الاجتماعية ،ومستوى الدخل، وعدد مرات شراء الخدمة العلاجية . هذا ويتم قبول المتغير إذا تجاوز وسطه الحسابي الوسط

الحسابي للمقياس الخماسي المستويات البالغ (3) ، والعكس صحيح في حالة الرفض إذا كان أقل من (3) .

الجدول رقم (55)

نتائج الإحصاء الوصفي للمتغيرات المستقلة في الفرضية الخامسة

الخاصية	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القرار الإحصائي للمتغير المستقل
الجنس	1.437	0.498	رفض
العمر	3.579	1.47	قبول
مستوى التعليم	2.76	0.97	رفض
الحالة الاجتماعية	1.908	0.637	رفض
مستوى الدخل	2.137	1.181	رفض
الجنسية	3.975	2.234	قبول
مرات شراء الخدمة	1.543	0.838	رفض
*الجهة التي تتحمل تكاليف العلاج	1.262	0.442	رفض

* المتغيرات التي يبلغ وسطها الحسابي (1.5) مقارنة بالمتغيرات الأخرى التي يبلغ وسطها (2.5).

الفرضية الفرعية الأولى :

H0 : لا توجد علاقة بين خصائص المرضى القادمين للعلاج ، ونصيب المستشفيات من إجمالي الطلب الخارجي المتاح .

تبين نتائج الجدول رقم (56) ما يلي :

-وجود علاقة إيجابية إحصائية قوية بين جنسية المريض ، وعدد مرات شراء الخدمة العلاجية ، مع زيادة نصيب المستشفيات من إجمالي الطلب الخارجي .

-وجود علاقة إحصائية سالبة قوية بين الجهة التي تتحمل تكلفة العلاج ، مع نصيب المستشفيات من إجمالي الطلب الخارجي . فيما سجل عمر المريض ، والجنس ، والحالة الاجتماعية ، والمستوى المعيشي دلالة ضعيفة مع المتغير التابع الفرعي ذاته ، وذلك عند مقارنة قيم اختبار t الجدولية مع المحسوبة له (**أنظر الجدول رقم 25 في الملحق**) .

-استطاعت جميع المتغيرات المستقلة في الجدول ، تفسير ما نسبته (19.4%) من التباين في نصيب المستشفيات من الطلب الخارجي ، وارتبطت تلك المتغيرات مع المتغير الفرعي التابع بعلاقة موجبة وصلت إلى (44.1%) .

-بمقارنة قيم اختبارF الجدولية البالغة (2.34) مع المحسوبة له (2.651) ، فإننا نرفض الفرضية العدمية الفرعية ،التي تنص على عدم وجود علاقة إحصائية بين خصائص المرضى القادمين للعلاج في الأردن ، وبين نصيب المستشفيات من إجمالي الطلب الخارجي المتاح .

الجدول رقم (56)

اختبار الانحدار المتعدد للمتغير المستقل الخامس وعلاقته بالمتغير التابع الفرعي الأول

المتغير التابع	R^2	F الجدولية	F المحسوبة	r	Sig.	القرار الإحصائي للفرضية العامة
نصيب المستشفيات من الطلب الخارجي المتاح	0.194	2.25	2.651	0.441	0.009	يوجد علاقة إحصائية موجبة ونرفض فرضية العدم H0

الفرضية الفرعية الثانية :

H0 : لا توجد علاقة بين خصائص المرضى القادمين للعلاج ، ومبيعات المستشفيات من الخدمات العلاجية.

تبين نتائج الجدول رقم (57) ما يلي :

-تأثرت مبيعات المستشفيات من الخدمات العلاجية بشكل إيجابي قوي بجميع المتغيرات النقدية في الجدول وهي :مستوى الدخل ،وجنسية المريض ، وعدد مرات شراء الخدمة العلاجية ، والجهة التي تتحمل تكاليف العلاج .(أنظر الجدول رقم 26 في الملحق)

-عدم وجود تأثير للمتغيرات النوعية الأخرى مثل جنس المريض ، وعمره ، من حيث التأثير على مبيعات المستشفيات ، وكانت تلك النتيجة بمقارنة قيم اختبار t الجدولية مع المحسوبة .

-فسرت المتغيرات المستقلة نحو (23.1%) من حجم التباين في مبيعات المستشفيات من الخدمات العلاجية .

-بمقارنة قيم اختبار F الجدولية مع المحسوبة ، نرفض الفرضية العدمية الفرعية التي ترى ، بعدم وجود علاقة بين خصائص المرضى القادمين ، ومبيعات المستشفيات من الخدمات العلاجية.

الجدول رقم (57)

اختبار الانحدار المتعدد للمتغير المستقل الخامس وعلاقته بالمتغير التابع الفرعي الثاني

المتغير التابع	R^{-2}	F الجدولية	F المحسوبة	r	Sig.	القرار الإحصائي للفرضية العامة
مبيعات المستشفيات من الخدمات العلاجية	0.231	2.25	3.269	0.481	0.002	يوجد علاقة إحصائية موجبة ونرفض فرضيةالعدم H0

الفرضية الفرعية الثالثة :

H0 : لا توجد علاقة بين خصائص المرضى القادمين للعلاج ، وتحقيق مكانة مميزة في السوق الخارجي.

تبين نتائج الجدول التالي رقم (58) ما يلي :

-وجود علاقة إحصائية موجبة قوية بين متغير عدد مرات الشراء ، مع المكانة المميزة في السوق الخارجي .

-وجود علاقة إحصائية سالبة وقوية بين متغير الجهة التي تتحمل العلاج ، مع المتغير الفرعي التابع (المكانة المميزة في السوق الخارجي) ، وذلك بمقارنة قيم اختبار t الجدولية مع المحسوبة له (أنظر الجدول رقم 27 في الملحق) .

-رفض الفرضية العدمية الفرعية التي تنص على عدم وجود علاقة إحصائية بين خصائص المرضى القادمين للعلاج ، مع تحقيق المستشفيات لمكانة مميزة في السوق الخارجي ، وجاءت تلك النتيجة بمقارنة قيم اختبار F الجدولية (2.25) مع المحسوبة (2.474).

الجدول رقم (58)

اختبار الانحدار المتعدد للمتغير المستقل الخامس وعلاقته بالمتغير التابع الفرعي الثالث

المتغير التابع	R^{-2}	F الجدولية	F المحسوبة	r	Sig.	القرار الإحصائي للفرضية العامة
المكانة المميزة في السوق الخارجي	0.185	2.25	2.474	0.430	0.014	يوجد علاقة إحصائية موجبة ونرفض فرضية العدم H0

الفرضية الفرعية الرابعة :

H0 : لا توجد علاقة بين خصائص المرضى القادمين للعلاج ، ودخول أسواق خارجية جديدة.

تبين نتائج الجدول رقم (59) ما يلي :

-وجود ارتباط موجب بين جميع المتغيرات المستقلة والمتغير التابع الفرعي بنسبة (43%). كما تشرح تلك المتغيرات بنحو(18.5%) على حجم التباين في دخول المستشفيات المحلية إلى أسواق خارجية جديدة .

-اعتماداً على قيم اختبار **F** الجدولية (2.25) والمحسوبة (2.514) ، نرفض فرضية العدم الفرعية التي ترى بعدم وجود علاقة بين خصائص المرضى القادمين للعلاج ، ودخول أسواق خارجية جديدة.

الجدول رقم (59)

اختبار الانحدار المتعدد للمتغير المستقل الخامس وعلاقته بالمتغير التابع الفرعي الرابع

المتغير التابع	R^{-2}	F الجدولية	F المحسوبة	r	Sig.	القرار الإحصائي للفرضية العامة
دخول أسواق خارجية جديدة	0.186	2.25	2.514	0.431	0.012	يوجد علاقة إحصائية موجبة ونرفض فرضية العدم H0

الفرضية الفرعية الخامسة :

H0 : لا توجد علاقة بين خصائص المرضى القادمين للعلاج ، و أرباح المستشفيات من الطلب الخارجي .

تبين نتائج الجدول رقم (60) ما يلي :

-وجد أن هناك علاقة إحصائية إيجابية بين المتغيرات المستقلة : جنس المريض ، ومستوى التعليم، والحالة الاجتماعية له ، جنسية المريض ، تكرار الشراء ، مع أرباح المستشفيات من الطلب الخارجي على خدماتها العلاجية ، بنسبة ارتباط وصلت إلى (43.3%) **(أنظر الجدول رقم 29 في الملحق).**

-من خلال قيمة معامل التحديد R^{-2} ، فإن هناك (18.7%) من حجم التباين في أرباح المستشفيات التي تتبع خدمات علاجية للسوق الخارجي ، تعزى فقط للمتغيرات المستقلة السابقة .

-ارتبطت المتغيرات المستقلة : عمر المريض ، والجهة التي تتحمل تكاليف العلاج ، بعلاقة إحصائية سالبة مع المتغير التابع الفرعي .

-وجد أن مستوى دخل المريض الوافد ، والجنس ، ومكان القدوم ، وعدد الأفراد المرافقين له، مؤثرات إيجابية قوية على أرباح المستشفيات المحلية رغم وقوعها من الناحية الإحصائية في المنطقة الحرجة بين القبول والرفض ، وذلك اعتماداً على قيم اختبار t المحسوبة والجدولية لها **(أنظر الجدول رقم 29 في الملحق)**.

-اعتماداً على نتائج اختبار F الجدولية (2.25) والمحسوبة (2.537) ، فإننا نرفض الفرضية العدمية الفرعية ، التي ترى بعدم وجود علاقة بين خصائص المرضى القادمين للعلاج ، مع أرباح المستشفيات المتحققة من الطلب الخارجي .

الجدول رقم (60)

اختبار الانحدار المتعدد للمتغير المستقل الخامس وعلاقته بالمتغير التابع الفرعي الخامس

المتغير التابع	R^{-2}	F الجدولية	F المحسوبة	r	Sig.	القرار الإحصائي للفرضية العامة
أرباح المستشفيات من الطلب الخارجي	0.187	2.25	2.537	0.433	0.012	يوجد علاقة إحصائية موجبة ونرفض فرضية العدم H0

الفرضية الفرعية السادسة :

H0 : لا توجد علاقة بين خصائص المرضى القادمين للعلاج ، والحفاظ على مستوى الأداء السابق للمستشفيات.

تبين نتائج الجدول رقم (61) ما يلي :

-وجود علاقة إحصائية إيجابية قوية بين المتغيرات المستقلة وهي : عدد مرات الشراء ، والجهة التي تتحمل تكاليف العلاج ، مع الحفاظ على مستوى الأداء السابق **(أنظر الجدول رقم 30 في الملحق)**.

-فسرت المتغيرات المستقلة نحو(16.5%) من حجم التباين في متغير الحفاظ على مستوى الأداء السابق ، وذلك اعتماداً على قيمة معامل التحديد المعدل R^{-2} .

-اعتماداً على نتائج اختبار F الجدولية (2.25) والمحسوبة (2.326) ، فإننا نرفض الفرضية العدمية البديلة التي ترى بعدم وجود علاقة بين خصائص المرضى القادمين للعلاج ، والحفاظ على نفس مستوى الأداء السابق .

الجدول رقم (61)

نتائج الانحدار المتعدد للمتغير المستقل الخامس وعلاقته بالمتغير التابع الفرعي السادس

المتغير التابع	R^2	F الجدولية	F المحسوبة	r	Sig.	القرار الإحصائي للفرضية العامة
الحفاظ على نفس مستوى الأداء السابق	0.165	2.25	2.366	0.406	0.031	يوجد علاقة إحصائية موجبة ونرفض فرضية العدم H0

الفرضية الرئيسية السادسة :

H0 : لا توجد علاقة بين خصائص الكوادر الطبية المعالجة ، وبين تنمية الطلب الخارجي على الخدمات العلاجية المحلية في الأردن.

الجدول رقم (62)

نتائج الإحصاء الوصفي للمتغيرات المستقلة في الفرضية السادسة

المتغير المستقل	الوسط الحسابي للمتغير	الوسط الحسابي للمقياس	الانحراف المعياري	القرار الإحصائي للمتغير المستقل
الجنس	1.171	1.5	0.379	رفض
العمر	2.80	2.5	1.234	قبول
الحالة الاجتماعية	1.899	2	0.677	رفض
مستوى الخبرة	2.565	2.5	1.162	قبول
مستوى الدخل	3. 64	3	1.483	قبول
الدوام في المستشفى	1.195	1.5	0.398	رفض
التأهيل والتدريب	2.556	2.5	1.457	قبول

تشير نتائج الجدول رقم (62) إلى قبول عينة الدراسة المستجيبة لمعظم المتغيرات التي يعتقد بتأثيرها على تنمية الطلب الخارجي على الخدمات العلاجية ، فيما رفضت تأثير مجموعة أخرى من العوامل غير المعنوية في التأثير على المتغير التابع أيضاً .

الفرضية الفرعية الأولى :

H0 : لا يوجد علاقة بين خصائص الكوادر الطبية المعالجة ، وبين نصيب المستشفيات من إجمالي الطلب الخارجي المتاح .

تشير القيم الواردة في الجدول التالي لما يلي :

-عدم وجود دلالة إحصائية لأي من المتغيرات المستقلة ،وذلك بمقارنة قيم اختبار t الجدولية والمحسوبة لكل متغير مستقل (**أنظر الجدول رقم 31 في الملحق**) ، وهنا يرى الباحث أن نصيب المستشفيات المحلية من الطلب الخارجي ، يعتمد أساساً على المنافسين في السوق ، والخدمات العلاجية والأسعار التي تباع بها خدماتهم العلاجية ، أكثر من الاعتماد على خصائص الكوادر الطبية العاملة في المستشفيات . فاعتماداً على مقارنة نتائج اختبار الانحدار المتعدد F المحسوبة (1.933) والجدولية (2.27) ، فإننا نقبل فرضية العدم الفرعية التي ترى بعدم وجود علاقة بين خصائص الكوادر الطبية المعالجة ، ونصيب المستشفيات من الطلب الخارجي المتاح.

الجدول (63)

اختبار الانحدار المتعدد للمتغير المستقل السادس وعلاقته بالمتغير التابع الفرعي الأول

المتغير التابع	R^2	F الجدولية	F المحسوبة	r	Sig.	القرار الإحصائي للفرضية العامة
نصيب المستشفيات من الطلب الخارجي المتاح	0.066	2.27	1.933	0.37	0.07	**لا يوجد علاقة إحصائية ونقبل فرضية العدم H0**

الفرضية الفرعية الثانية :

H0 : لا يوجد علاقة بين خصائص الكوادر الطبية المعالجة ، وبين مبيعات المستشفيات من الخدمات العلاجية .

تبين القيم الواردة في الجدول السابق عدم معنوية المتغيرات المستقلة ، من جانب تأثيرها على المتغير التابع الفرعي (مبيعات المستشفيات من الخدمات العلاجية) ،رغم وجود دلالات إحصائية ضعيفة لبعض المتغيرات مثل جنس المريض ، وحالته الاجتماعية (**أنظر الجدول رقم 32 في الملحق**) . كما أن قيم اختبار **F** المحسوبة **(1.071)** والجدولية **(2.27)** ، تبين قبول فرضية العدم

الفرعية التي ترى بعدم وجود علاقة إحصائية بين خصائص الكوادر الطبية المعالجة ، وبين مبيعات المستشفيات من الخدمات العلاجية .

الجدول رقم (64)

اختبار الانحدار المتعدد للمتغير المستقل الثاني وعلاقته بالمتغير التابع الفرعي الثاني

القرار الإحصائي للفرضية العامة	Sig.	r	F المحسوبة	F الجدولية	R^2	المتغير التابع
لا يوجد علاقة إحصائية ونقبل فرضية العدم H0	0.389	0.286	1.071	2.27	0.005	مبيعات المستشفيات من الخدمات العلاجية

الفرضية الفرعية الثالثة :

H0 : لا يوجد علاقة بين خصائص الكوادر الطبية المعالجة ، وبين تحقيق المستشفى لمكانة متميزة .

تبين القيم الواردة في الجدول رقم (65) ما يلي :

-عدم معنوية جميع المتغيرات المستقلة الواردة في الجدول ، من جانب تأثيرها على تحقيق مكانة مميزة للمستشفى في السوق الخارجي . (**أنظر الجدول رقم 33 في الملحق**).

- فسرت المتغيرات المستقلة ما نسبته (**4.5%**) من حجم التباين في المتغير التابع الفرعي ، كما ارتبطت معه بدرجة وصلت إلى (**34.4 %**) .

-قبول الفرضية العدمية الفرعية على أنه لا يوجد علاقة بين خصائص الكوادر الطبية المعالجة ، وتحقيق المستشفى لمكانة مميزة في السوق الخارجي ، وذلك استناداً إلى قيم اختبار **F** الجدولية (**2.27**) والمحسوبة (**1.61**) .

الجدول رقم (65)

اختبار الانحدار المتعدد للمتغير المستقل السادس وعلاقته بالمتغير التابع الفرعي الثالث

القرار الإحصائي للفرضية العامة	Sig.	r	F المحسوبة	F الجدولية	R^2	المتغير التابع
لا يوجد علاقة إحصائية ونقبل فرضية العدم H0	0.144	0.344	1.610	2.27	0.045	المكانة المميزة في السوق الخارجي

الفرضية الفرعية الرابعة :

H0 : لا يوجد علاقة بين خصائص العاملين على تقديم الخدمة العلاجية ، ودخول أسواق خارجية جديدة .

-بينت القيم الواردة في الجدول رقم (66) أن جنس الشخص العامل، يلعب دوراً معنوياً في زيادة قدرة المستشفى على دخول أسواق خارجية جديدة (**أنظر الجدول رقم 34 في الملحق**). ويفسر الباحث هذه النتيجة بأن حكر العمل على الذكور دون الإناث مثلاً ، قد يعيق تسويق الخدمة العلاجية في بعض الأسواق التي ترفض معالجة نساءها على أيدي أطباء ذكور،وبالتالي فإن هذا التنوع يعطي المريض مجالاً أوسع لاختيار طريقة العلاج والشخص الذي يقوم بها بحرية تامة .

-بينت نتائج اختبار **F** الجدولية (**2.27**) والمحسوبة (**2.315**) أن هناك علاقة معنوية قوية بين خصائص الكوادر الطبية المعالجة ، و بين دخول المستشفى لأسواق خارجية جديدة .

الجدول رقم (66)

اختبار الانحدار المتعدد للمتغير المستقل السادس وعلاقته بالمتغير التابع الفرعي الرابع

المتغير التابع	R^2	F الجدولية	F المحسوبة	r	Sig.	القرار الإحصائي للفرضية العامة
دخول أسواق خارجية جديدة	0.091	2.27	2.315	0.40	0.033	يوجد علاقة إحصائية موجبة وترفض فرضية العدم H0

الفرضية الفرعية الخامسة :

H0 : لا يوجد علاقة بين خصائص الكوادر الطبية المعالجة ، وأرباح المستشفيات من الطلب الخارجي .

تشير القيم الواردة في الجدول السابق لما يلي :

-الدلالة الإحصائية العالية لمتغير دخل الشخص العامل من جانب تأثيره على أرباح المستشفيات. فأرباح المستشفيات ترتفع بزيادة الإنفاق على التدريب ، كما أن انخفاض خبرة الطبيب تقلل من دخله ، ومنها تزداد أرباح المستشفيات أيضاً .

-رفض الفرضية العدمية الفرعية التي ترى بعدم وجود علاقة إحصائية بين خصائص الكوادر الطبية المعالجة ، وبين أرباح المستشفيات من الطلب الخارجي .

الجدول رقم (67)

اختبار الانحدار المتعدد للمتغير المستقل الثاني وعلاقته بالمتغير التابع الفرعي الثالث

المتغير التابع	R^2	F الجدولية	F المحسوبة	r	Sig.	القرار الإحصائي للفرضية العامة
أرباح المستشفيات من الطلب الخارجي	0.063	2.27	2.889	0.36	0.051	يوجد علاقة إحصائية موجبة ونرفض فرضية العدم H0

الفرضية الفرعية السادسة :

H0 : لا يوجد علاقة بين خصائص الكوادر الطبية المعالجة ، والحفاظ على نفس المستوى من الأداء السابق .

بينت النتائج الواردة في الجدول رقم (68) ، عدم وجود دلالة إحصائية لأي من المتغيرات المستقلة ، من حيث تأثيرها على المتغير التابع الفرعي (الحفاظ على نفس مستوى الأداء السابق) ، وكانت تلك النتيجة بمقارنة قيم اختبار t الجدولية والمحسوبة لكل متغير **(أنظر الجدول رقم 36 في الملحق)**. كما تبين النتائج قبول فرضية العدم الفرعية التي ترى بعدم وجود علاقة بين خصائص الكوادر الطبية المعالجة ، وقدرة المستشفى الحفاظ على مستوى ثابت من الأداء، بمقارنة قيم الاختبار المتعدد F المحسوبة (0.229) والجدولية (2.27) له .

الجدول رقم (68)

اختبار الانحدار المتعدد للمتغير المستقل الثاني وعلاقته بالمتغير التابع الفرعي الثالث

المتغير التابع	R^2	F الجدولية	F المحسوبة	r	Sig.	القرار الإحصائي للفرضية العامة
الحفاظ على نفس مستوى الأداء السابق	0.018	2.27	0.229	0.136	0.977	لا يوجد علاقة إحصائية ونقبل فرضية العدم H0

الفرضية الرئيسية السابعة :

H0 : لا توجد علاقة بين المظهر المادي للخدمة العلاجية المتاحة ، وتنمية الطلب الخارجي على الخدمات العلاجية في الأردن .

تبين نتائج الإحصاء الوصفي للجدول رقم (69) قبول أفراد العينة المستجيبة لمعظم المتغيرات المستقلة ، باستثناء قيام المستشفيات بتقديم الخدمة العلاجية في منتجعات طبيعية ، وتقديم الأدوية بأسعار مناسبة ، واستقدام أطباء للعلاج أو الاستشارة . وقد جاءت نتائج القبول أو الرفض بناء على مقارنة قيم الوسط الحسابي لكل متغير مستقل مع المتوسط العام للمقياس البالغ (3) ، فإذا زادت قيمة الوسط الحسابي للمتغير عن متوسط المقياس العام يتم قبول المتغير والعكس صحيح .

الجدول رقم (69)

نتائج الإحصاء الوصفي للمتغيرات المستقلة في الفرضية السابعة

المتغير المستقل	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	القرار الإحصائي للمتغير المستقل
المظاهر المادية الثابتة	**0.719**	**3.68**	**قبول**
المظهر العام للمستشفى وتصميم المباني	0.954	3.855	قبول
يتم استخدام الكمبيوتر في العلاج	1.108	3.181	قبول
يتم استخدام المعدات الحديثة في العلاج	0.859	3.966	قبول
المظاهر المادية المتداولة الأخرى	**0.678**	**3.24**	**قبول**
توفر الكوادر الطبية المتخصصة المؤهلة	0.893	3.728	قبول
يتم توفير الأدوية المناسبة بأسعار مقبولة	1.123	2.739	رفض
التعاون الطبي مع المستشفيات العالمية	1.014	3.016	قبول
حسن سمعة الأطباء العاملين في المستشفى	1.012	3.758	قبول
تقديم الخدمة العلاجية بسرعة	0.930	3.975	قبول
الاحتراف في تشخيص وتقديم الخدمة العلاجية	1.078	3.616	قبول
نوعية الخدمة العلاجية المرتفعة المقدمة في المستشفى	1.007	3.529	قبول
استقدام أطباء أجانب للاستشارة أو العلاج	1.078	2.765	رفض
تقديم الخدمة العلاجية في منتجعات طبية	1.083	2.315	رفض

الفرضية الفرعية الأولى :

H0 : لا توجد علاقة بين المظهر المادي للخدمة العلاجية المتاحة ، ونصيب المستشفيات من إجمالي الطلب الخارجي المتاح .

تبين نتائج الجدول رقم (70) ما يلي :

-فسرت المتغيرات المستقلة نحو (5%) من حجم التباين في نصيب المستشفيات من إجمالي الطلب الخارجي المتاح،وهذا يعني وجود متغيرات أخرى أكثر أهمية تفسر نحو (95%) من تلك التغيرات.

-عدم قبول المتغيرات المستقلة (المظاهر المادية الثابتة والمتداولة) في التأثير على المتغير التابع الفرعي ، اعتماداً على قيم اختبار t الجدولية (1.98) والمحسوبة لكل متغير مستقل **(أنظر الجدول رقم 37 في الملحق)** .

-قبول فرضية العدم الفرعية التي ترى بعدم وجود علاقة بين المظهر المادي للخدمة العلاجية ، ونصيب المستشفيات من إجمالي الطلب الخارجي المتاح ، وذلك استناداً على قيم اختبار F الجدولية (2.27) والمحسوبة (0.624) لهذه الفرضية .

الجدول رقم (70)

اختبار الانحدار المتعدد للمتغير المستقل السابع وعلاقته بالمتغير التابع الفرعي الأول

القرار الإحصائي للفرضية العامة	Sig.	F الجدولية	F المحسوبة	B	r	R^2	المتغير التابع
لا يوجد علاقة إحصائية ونقبل فرضية العدم H0	0.431	2.27	0.624	0.799	0.073	0.005	نصيب المستشفيات من الطلب الخارجي

الفرضية الفرعية الثانية :

H0: لا توجد علاقة بين المظهر المادي للخدمة العلاجية المتاحة ، ومبيعات المستشفيات من الخدمات العلاجية .

تبين نتائج الجدول رقم (71) ما يلي :

-نجحت المتغيرات المستقلة (المظاهر المادية الثابتة والمتداولة) ، في التأثير على مبيعات المستشفيات من الخدمات العلاجية .فالاستثمارات الثابتة أثرت سلباً ، فيما أثرت المتداولة بشكل إيجابي **(أنظر الجدول رقم 38 في الملحق)**.

-فسرت المتغيرات المستقلة نحو(20.2%) من التباين في المتغير التابع ، كما ارتبطت معه بعلاقة وصلت إلى (45%) .

-رفض الفرضية العدمية الفرعية التي ترى بعدم وجود علاقة بين المظهر المادي للخدمة العلاجية المتاحة ، ومبيعات المستشفيات من الخدمات العلاجية ، وذلك اعتماداً على قيم اختبار F المحسوبة (2.293) والجدولية (2.27) .

الجدول رقم (71)

اختبار الانحدار المتعدد للمتغير المستقل السابع وعلاقته بالمتغير التابع الفرعي الثاني

المتغير التابع	R^2	r	B	F المحسوبة	F الجدولية	Sig.	القرار الإحصائي للفرضية العامة
مبيعات المستشفيات من الطلب الخارجي	0.202	0.45	0.541	2.293	2.27	0.039	يوجد علاقة إحصائية موجبة و رفض فرضية العدم H0

الفرضية الفرعية الثالثة :

H0 : لا توجد علاقة بين المظهر المادي للخدمة العلاجية المتاحة ، و تحقيق مكانة مميزة في السوق الخارجي .

تبين نتائج الجدول رقم (72) ما يلي :

-فشلت المتغيرات المستقلة في التأثير على تحقيق مكانة مميزة للمستشفيات في السوق الخارجي ، وذلك بمقارنة قيم اختبار t الجدولية (1.98) لكل متغير مستقل مع قيمته المحسوبة (أنظر الجدول رقم 39 في الملحق) .

-ارتبطت المتغيرات المستقلة مع المتغير التابع بدرجة ضعيفة وصلت إلى (4.8%) ،كما يبين الاتجاه العام للتغير هو التأثير الإيجابي .

-بمقارنة قيم اختبار F الجدولية (2.27) والمحسوبة (1.286) ، نقبل فرضية العدم الفرعية التي ترى بعدم وجود علاقة بين المظهر المادي للخدمة العلاجية المتاحة ، و تحقيق مكانة مميزة في السوق الخارجي .

الجدول رقم (72)

اختبار الانحدار المتعدد للمتغير المستقل السابع وعلاقته بالمتغير التابع الفرعي الثالث

المتغير التابع	R^2	r	B	F المحسوبة	F الجدولية	Sig.	القرار الإحصائي للفرضية العامة
تحقيق مكانة مميزة في السوق الخارجي	0.002	0.048	0.518	1.286	2.27	0.605	لا يوجد علاقة إحصائية ونقبل فرضية الأساس H0

الفرضية الفرعية الرابعة :

H0 : لا توجد علاقة بين المظهر المادي للخدمة العلاجية المتاحة ، ودخول أسواق خارجية جديدة.

تبين نتائج الجدول رقم (73) ما يلي :

-وجود دلالة معنوية للمظاهر المادية المتداولة في التأثير على المتغير الفرعي التابع (دخول أسواق خارجية جديدة) ، حيث اعتبرته عينة الدراسة من أهم العوامل المؤثرة في دخول المستشفى لأسواق خارجية جديدة **(أنظر الجدول رقم 40 في الملحق)** .

-نرفض الفرضية العدمية الفرعية التي ترى بعدم وجود علاقة إحصائية بين المظهر المادي للخدمة العلاجية المتاحة ، ودخول أسواق خارجية جديدة ، وذلك اعتماداً على قيم اختبار **F** الجدولية **(2.27)** والمحسوبة **(2.801)** .

الجدول رقم (73)

اختبار الانحدار المتعدد للمتغير المستقل السابع وعلاقته بالمتغير التابع الفرعي الرابع

المتغير التابع	R^2	r	B	F المحسوبة	F الجدولية	Sig.	القرار الإحصائي للفرضية العامة
دخول أسواق خارجية جديدة	0.27	0.52	.0.895	2.801	2.27	0.033	يوجد علاقة إحصائية موجبة و نرفض فرضية العدم H0

الفرضية الفرعية الخامسة

H0: لا توجد علاقة بين المظهر المادي للخدمة العلاجية المتاحة ، وأرباح المستشفيات من الطلب الخارجي.

تبين نتائج الجدول التالي رقم (74) ما يلي :

–وجود دلالة إحصائية للمظاهر المادية الثابتة والمتداولة ،في التأثير على قدرة المستشفى في توليد أرباح من بيع خدماته العلاجية للطلب الخارجي . فتؤثر المظاهر المادية لمتداولة باتجاه زيادة الأرباح، بينما تؤثر المظاهر المادية الثابتة باتجاه تخفيضها. فيما وجد أن تأثير الاتجاه العام للإنفاق على المظهر المادي للخدمة العلاجية هو تخفيض الأرباح وذلك بناءً على قيمة **B** البالغة **(0.42)** **(أنظر الجدول رقم 41 في الملحق)** .

–رفض الفرضية العدمية الفرعية التي ترى بعدم وجود علاقة بين المظهر المادي للخدمة العلاجية المتاحة ، وأرباح المستشفيات من الطلب الخارجي .

الجدول رقم (74)

اختبار الانحدار المتعدد للمتغير المستقل السابع وعلاقته بالمتغير التابع الفرعي الخامس

القرار الإحصائي للفرضية العامة	Sig.	F الجدولية	F المحسوبة	B	r	R^2	المتغير التابع
يوجد علاقة إحصائية سالبة ونرفض فرضية العدم H0	0.047	2.27	2.583	-0.42	0.7	0.5	أرباح المستشفيات من الطلب الخارجي

الفرضية الفرعية السادسة

H0: لا توجد علاقة بين المظهر المادي للخدمة العلاجية المتاحة ، والحفاظ على نفس مستوى الأداء السابق .

تبين نتائج الجدول رقم (75) ما يلي :

–عدم وجود دلالة إحصائية لأي من المتغيرات المستقلة ، وذلك من جانب تأثيرها في الحفاظ على مستوى ثابت من الأداء **(أنظر الجدول رقم 42 في الملحق)**.

–قبول فرضية العدم الفرعية التي ترى بعدم وجود علاقة إحصائية بين المظهر المادي للخدمة العلاجية المتاحة ، والحفاظ على نفس المستوى من الأداء السابق ، وذلك من خلال قيمة اختبار **F** الجدولية **(2.27)** و المحسوبة **(1.013)** .

الجدول رقم (75)

اختبار الانحدار المتعدد للمتغير المستقل السابع وعلاقته بالمتغير التابع الفرعي السادس

المتغير التابع	R^2	r	B	F المحسوبة	F الجدولية	Sig.	القرار الإحصائي للفرضية العامة
الحفاظ على نفس المستوى من الأداء السابق	0.001	0.1	0.082	1.013	2.27	0.909	لا يوجد علاقة إحصائية ونقبل فرضية العدم H0

الفرضية الرئيسية الثامنة :

H0 : لا توجد علاقة بين السياسات الحكومية المتعلقة بتقديم الخدمة العلاجية ، وتنمية الطلب الخارجي على الخدمات العلاجية في الأردن .

تشير نتائج الإحصاء الوصفي الواردة في الجدول رقم (76) إلى قبول العينة المستجيبة لجميع المتغيرات الواردة في الجدول ، وذلك من حيث تأثيرها على تنمية الطلب الخارجي على السياحة العلاجية ، وتقوم قاعدة القبول أو الرفض المتغير المستقل بمقارنه وسطه الحسابي مع الوسط الحسابي للمقياس (3) . **وقد قسمت هذه الفرضية إلى ستة فرضيات فرعية كما يلي :**

الجدول رقم (76)

نتائج الإحصاء الوصفي للمتغيرات المستقلة في الفرضية الثامنة

المتغير المستقل	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القرار الإحصائي للمتغير المستقل
ضعف خطط تسويق خدمات قطاع السياحة العلاجية	3.791	1.062	قبول
ضعف التنسيق بين المؤسسات الحكومية المسئولة عن قطاع السياحة العلاجية	4.000	0.932	قبول
ازدواجية الصلاحيات الممنوحة للمؤسسات الحكومية المسئولة عن قطاع السياحة العلاجية	3.416	1.059	قبول
ضعف الصلاحيات الممنوحة للهيئات المسئولة عن الترويج السياحي	3.208	1.102	قبول
تشتت الجهات المسئولة عن ترويج قطاع السياحة العلاجية	3.375	1.209	قبول
ضعف الحوافز الاستثمارية المقدمة لقطاع السياحة العلاجية	3.208	1.062	قبول
ضعف الإجراءات الحكومية الجاذبة للمرضى الأجانب	3.130	1.013	قبول

ضعف الاتفاقيات والبروتوكولات العلاجية المبرمة مع الأسواق المستهدفة	3.041	0.999	قبول
ضعف التنسيق بين المؤسسات الحكومية والقطاع الخاص في ترويج الخدمات العلاجية	3.521	0.898	قبول
ضعف سياسات الأجور والحوافز النقدية الممنوحة للكوادر الطبية العاملة في القطاع	3.250	1.032	قبول
ضعف سياسات تأهيل وتدريب الكوادر الطبية المختصة بترويج الخدمة العلاجية	3.291	0.858	قبول
ضعف المنافسة السعرية بين المستشفيات العاملة في الأردن	3.000	0.932	قبول
عدم توحيد أسعار بيع الخدمات العلاجية في القطاع	3.250	1.151	قبول
عدم استخدام المعايير الدولية لتصنيف المستشفيات العاملة في القطاع	3.583	0.880	قبول
ضعف معايير الجودة للخدمات العلاجية المباعة	3.250	0.989	قبول
ضعف مخصصات الإنفاق الحكومي على ترويج السياحة العلاجية	3.833	0.916	قبول
ضعف الاستثمار الطبي الأردني في الأسواق المستهدفة من جانب إنشاء مستشفيات بداخلها	3.666	0.868	قبول
نقص الخبرات المؤهلة لتسويق خدمات السياحة العلاجية	3.416	1.176	قبول
عدم مراعاة متطلبات الاستثمار لكل نوع من السياحة العلاجية على حده	3.291	1.197	قبول

الفرضية الفرعية الأولى :

H0 : لا توجد علاقة بين السياسات الحكومية المتعلقة بتقديم الخدمة العلاجية ، ونصيب المستشفيات من إجمالي الطلب الخارجي المتاح .

تشير القيم الواردة في الجدولين رقم (77) إلى ما يلي :

-فشل جميع المتغيرات المستقلة من الناحية الإحصائية ، في التأثير على نصيب المستشفيات من الطلب الخارجي . فالسياسات الحكومية لا تعمل لصالح مستشفى معين وإنما لتنمية القطاع ككل ، وكان هذا الرفض بناءً على مقارنة قيم اختبار t الجدولية والمحسوبة لها (**أنظر الجدول رقم 43 في الملحق**).

-تم قبول الفرضية العدمية الفرعية التي ترى ، بعدم وجود علاقة بين السياسات الحكومية المتعلقة بتقديم الخدمة العلاجية، وبين نصيب المستشفيات من إجمالي الطلب الخارجي المتاح ، استناداً إلى قيم اختبار F الجدولية (2.42) والمحسوبة (0.496) له .

الجدول رقم (77)

اختبار الانحدار المتعدد والبسيط للمتغير المستقل الثامن وعلاقته بالمتغير التابع الفرعي الأول

المتغير التابع	R^2	r	B	F المحسوبة	F الجدولية	Sig.	القرار الإحصائي للفرضية العامة
نصيب المتشفيات من الخدمات العلاجية	0.73	0.855	-1.99	0.428	2.42	0.894	لا يوجد علاقة إحصائية ونقبل فرضية العدم H0

الفرضية الفرعية الثانية :

H0 : لا توجد علاقة بين السياسات الحكومية المتعلقة بتقديم الخدمة العلاجية ، ومبيعات المستشفيات من الخدمات العلاجية .

تشير القيم الواردة في الجدولين رقم (78) إلى فشل جميع السياسات الحكومية من الناحية الإحصائية ، في التأثير على مبيعات المستشفيات من الخدمات العلاجية ، وذلك بناءاً على قيم اختبار t الجدولية والمحسوبة لها (أنظر الجدول رقم 44 في الملحق) . كما تم قبول فرضية الأساس ، بعدم وجود علاقة بين السياسات الحكومية المتعلقة بتقديم الخدمة العلاجية ،وبين مبيعات المستشفيات من الخدمات العلاجية ، استناداً إلى قيم اختبار F الجدولية (2.42) والمحسوبة (0.336) له.

الجدول رقم (78)

اختبار الانحدار المتعدد للمتغير المستقل الثامن وعلاقته بالمتغير التابع الفرعي الثاني

المتغير التابع	R^2	r	B	F المحسوبة	F الجدولية	Sig.	القرار الإحصائي للفرضية العامة
مبيعات المتشفيات من الخدمات العلاجية	0.782	0.884	2.853	0.378	2.42	0.903	لا يوجد علاقة إحصالية ونقبل فرضية العدم H0

الفرضية الفرعية الثالثة :

H0 : لا توجد علاقة بين السياسات الحكومية المتعلقة بتقديم الخدمة العلاجية ، والمكانة المميـزة فـي السـوق الخارجي .

تشير القيم الواردة في الجدولين رقم (79) إلى فشل جميع السياسات الحكومية من الناحية الإحصائية ، في التأثير على تحقيق مكانة مميزة للمستشفيات في السوق المستهدف ، بناءاً على قيم اختبار t الجدولية والمحسوبة لها (**أنظر الجدول رقم 45 في الملحق**) . كما تم قبول فرضية العدم الفرعية على أنه لا يوجد علاقة بين السياسات الحكومية المتعلقة بتقديم الخدمة العلاجية ، وبين تحقيق المستشفى لمكانة مميزة في السوق المستهدف ،استناداً إلى قيم اختبار **F** الجدولية **(2.42)** والمحسوبة **(0.27)** له.

الجدول رقم (79)

اختبار الانحدار المتعدد للمتغير المستقل الثامن وعلاقته بالمتغير التابع الفرعي الثالث

القرار الإحصائي للفرضية العامة	Sig.	F الجدولية	F المحسوبة	B	r	R^2	المتغير التابع
لا يوجد علاقة إحصائية ونقبل فرضية العدم H0	**0.956**	**2.42**	**0.27**	**-3.43**	**0.848**	**0.719**	**المكانة المميزة في السوق المستهدف**

الفرضية الفرعية الرابعة :

H0 : لا توجد علاقة بين السياسات الحكومية المتعلقة بتقديم الخدمة العلاجية ، ودخول أسواق خارجية جديدة .

تشير نتائج الجدول رقم (80) إلى ما يلي :

-قبول بعض المتغيرات من الناحية الإحصائية ، وذلك من جانب تأثيرها على دخول المستشفيات إلى أسواق خارجية جديدة وهي متغيرات ضعف الحوافز الاستثمارية المقدمة لقطاع السياحة العلاجية ، وضعف الإجراءات الحكومية الجاذبة للمرضى الأجانب، وضعف التنسيق بين المؤسسات الحكومية والقطاع الخاص في مجال ترويج الخدمات العلاجية) ، وكان ذلك بالاستناد إلى قيم اختبار **t** الجدولية والمحسوبة لكل متغير (**أنظر الجدول رقم 46 في الملحق**).

-رفض الفرضية العدمية الفرعية التي ترى بعدم وجود علاقة بين السياسات الحكومية المتعلقة بتقديم الخدمة العلاجية ، ودخول أسواق خارجية جديدة وذلك اعتماداً على قيم اختبار F الجدولية (2.42) والمحسوبة له (3.342).

الجدول رقم (80)

اختبار الانحدار المتعدد للمتغير المستقل الثامن وعلاقته بالمتغير التابع الفرعي الرابع

المتغير التابع	R^2	r	B	F المحسوبة	F الجدولية	Sig.	القرار الإحصائي للفرضية العامة
دخول أسواق خارجية جديدة	0.684	0.827	-0.97	3.342	2.42	0.049	يوجد علاقة إحصائية سالبة ونرفض فرضية العدم H0

الفرضية الفرعية الخامسة :

H0 : لا توجد علاقة بين السياسات الحكومية المتعلقة بتقديم الخدمة العلاجية ، وأرباح المستشفيات من الطلب الخارجي .

تشير القيم الواردة في الجدول التالي لما يلي :

-وجود معنوية إحصائية ضعيفة لبعض المتغيرات المستقلة شملت : التنسيق بين المؤسسات الحكومية والخاصة لترويج الخدمة العلاجية ،وضعف الحوافز الاستثمارية المقدمة للقطاع ، وضعف خطط تسويق الخدمات العلاجية ، وضعف الإجراءات الحكومية الجاذبة للمرضى الأجانب، وتوحيد أسعار بيع الخدمات العلاجية في القطاع ، وضعف المنافسة السعرية بين المستشفيات العاملة في الأردن ، وضعف الاستثمار الطبي الأردني ، في الأسواق المستهدفة من جانب إنشاء مستشفيات بداخلها ، و ذلك من جانب تأثيرها على أرباح المستشفيات من الخدمات العلاجية (أنظر الجدول رقم 47 في الملحق).

-بينت نتائج الانحدار المتعدد قبول فرضية العدم الفرعية على عدم وجود علاقة بين السياسات الحكومية المتعلقة بتقديم الخدمة العلاجية ،وبين أرباح المستشفيات من الطلب الخارجي على الخدمات العلاجية المحلية . وهذا يفسر تشتت الجهود الحكومية والخاصة المبذولة في هذا الاتجاه ، وعدم وجود تشريعات حكومية فعلية قائمة ، تسعى الحكومة من خلالها إلى النهوض بقطاع السياحة العلاجية في المملكة .

الجدول رقم (81)

اختبار الانحدار المتعدد للمتغير المستقل الثامن وعلاقته بالمتغير التابع الفرعي الخامس

القرار الإحصائي للفرضية العامة	Sig.	F الجدولية	F المحسوبة	B	r	R^2	المتغير التابع
لا يوجد علاقة إحصائية ونقبل فرضية العدم H0	0.885	2.42	0.443	-0.19	0.859	0.737	أرباح المستشفيات من الطلب الخارجي

الفرضية الفرعية السادسة :

H0 : لا توجد علاقة بين السياسات الحكومية المتعلقة بتقديم الخدمة العلاجية ، والحفاظ على نفس المستوى من الأداء السابق .

تشير القيم الواردة في الجدول السابق رقم (82) إلى ما يلي :

-عدم قدرة المتغيرات المستقلة في المحافظة على نفس مستوى الأداء السابق للمستشفيات ، كونها متغيرات تتسم بالمرونة وعدم الثبات ، بل يمكن القول أنها سياسات محفزة لنمو الأداء وليس لثباته **(أنظر الجدول رقم 48 في الملحق)** .

-بينت نتائج الانحدار المتعدد F الجدولية (2.42) والمحسوبة (0.671) للفرضية الفرعية السادسة، عدم وجود علاقة إحصائية بين السياسات الحكومية المتعلقة بتقديم الخدمة العلاجية ، والحفاظ على نفس المستوى من الأداء السابق.

الجدول رقم (82)

اختبار الانحدار المتعدد للمتغير المستقل الثامن وعلاقته بالمتغير التابع الفرعي السادس

القرار الإحصائي للفرضية العامة	Sig.	F الجدولية	F المحسوبة	B	r	R^2	المتغير التابع
لا يوجد علاقة إحصائية ونقبل فرضية العدم H0	0.751	2.42	0.671	2.79	0.9	0.809	الحفاظ على نفس مستوى الأداء السابق

الجدول رقم (83)

نتائج اختبار فرضيات الدراسة الرئيسة

المتغير المستقل	تنمية الطلب الخارجي على الخدمات العلاجية المحلية
خصائص الخدمات العلاجية المتاحة	لا يوجد علاقة إحصائية
تسعير الخدمات العلاجية	يوجد علاقة إحصائية
ترويج الخدمات العلاجية	يوجد علاقة إحصائية
توزيع الخدمات العلاجية	يوجد علاقة إحصائية
خصائص المرضى القادمين للعلاج	يوجد علاقة إحصائية
خصائص الكوادر الطبية المعالجة	يوجد علاقة إحصائية
المظهر المادي للخدمة العلاجية	يوجد علاقة إحصائية
السياسات الحكومية	لا يوجد علاقة إحصائية

2.4 اختبار الفروقات

تم إجراء تحليل التباين ANOVA لاختبار وجود فروقات في تأثير المتغيرات المستقلة على المتغير التابع ، باختلاف حجم المستشفى ،كونه المتغير الأكثر قدرة على توضيح الفروقات في المتغيرات المستقلة بين المستشفيات .ويجري هذا الاختبار للتعرف على إمكانية وجود فروقات في المتوسطات بين أكثر من مجموعة ولأكثر من متغير .

H0 : لا توجد فروقات في تأثير المتغيرات المستقلة على المتغير التابع باختلاف الجنس.

H0 : M1 = M2 = M 3

Ha : توجد فروقات في تأثير المتغيرات المستقلة على المتغير التابع باختلاف الجنس .

Ha : M1 ‡ M2 ‡ M3

وتنص القاعدة الإحصائية على رفض فرضية العدم في حالة كانت قيمة F المحسوبة أكبر من قيمتها الجدولية ، وبقيمة معنوية Siq أقل من (0.05) ، وقبول الفرضية البديلة (Sekaran , 1984 , p.243) .

الجدول رقم (84)

قيم F لاختبار ANOVA للمتغيرات المستقلة والمتغير التابع الأول باختلاف حجم المستشفى

المتغيرات المستقلة	F الجدولية	F المحسوبة	Sig.	القرار الإحصائي للفرضية العامة
خصائص الخدمة العلاجية المتاحة	2.25	124.197	0.00	نرفض فرضية الأساس H0
أسعار بيع الخدمات العلاجية	2.25	223.65	0.00	نرفض فرضية الأساس H0
ترويج الخدمات العلاجية	2.6	48.287	0.00	نرفض فرضية الأساس H0
توزيع الخدمات العلاجية	2.42	66.620	0.00	نرفض فرضية الأساس H0
خصائص المرضى القادمين	2.25	233.478	0.00	نرفض فرضية الأساس H0
خصائص الكوادر الطبية المعالجة	2.3	271.611	0.00	نرفض فرضية الأساس H0
المظهر المادي للخدمة العلاجية	2.25	172.920	0.00	نرفض فرضية الأساس H0
السياسات الحكومية	2.42	2.369	0.077	نقبل فرضية الأساس H0

من الملاحظ في الجدول السابق رقم (84) وجود فروقات في تأثير المتغيرات المستقلة على نصيب المستشفى من إجمالي الطلب الخارجي المتاح ، وذلك باختلاف حجم المستشفى (كبير – متوسط – صغير) ، باستثناء السياسات العامة المتعلقة بتنظيم وإدارة القطاع حيث لم تسجل أية فروقات في التأثير . وهذا منطقي فالسياسات الحكومية توضع لجميع المستشفيات في القطاع وليس لأحد منها . وبإجراء اختبار **Scheffe** اتضح أن المتغيرات المستقلة التي سجلت فروقات كانت لصالح المستشفيات الكبيرة ، ثم المستشفيات المتوسطة الحجم ، ثم المستشفيات الصغيرة ، وهذا ما يوضحه الجدول رقم (90) .

الجدول رقم (85)

قيم F لاختبار ANOVA للمتغيرات المستقلة والمتغير التابع الثاني باختلاف حجم المستشفى

المتغيرات المستقلة	F الجدولية	F المحسوبة	Sig.	القرار الإحصائي للفرضية العامة
خصائص الخدمة العلاجية المتاحة	2.25	76.74	0.00	نرفض فرضية الأساس H0
أسعار بيع الخدمات العلاجية	2.25	139.89	0.00	نرفض فرضية الأساس H0
ترويج الخدمات العلاجية	2.6	45.74	0.00	نرفض فرضية الأساس H0
توزيع الخدمة العلاجية	2.42	43.51	0.00	نرفض فرضية الأساس H0

خصائص المرضى المحتمل قدومهم	2.25	131.02	0.00	نرفض فرضية الأساس H0
خصائص الكوادر الطبية المعالجة	2.3	144.48	0.00	نرفض فرضية الأساس H0
المظهر المادي للخدمة العلاجية	2.25	108.53	0.00	نرفض فرضية الأساس H0
السياسات الحكومية	2.42	2.18	0.419	نقبل فرضية الأساس H0

ويشير الجدول السابق رقم (85) إلى وجود فروقات في تأثير المتغيرات المستقلة المختلفة، على مبيعات المستشفيات من الخدمات العلاجية باختلاف حجم المستشفى ، باستثناء تأثير السياسات الحكومية العامة . وبإجراء اختبار **Scheffe** اتضح أن تأثير المتغيرات المستقلة التي سجلت فروقات كانت لصالح المستشفيات الكبيرة ، ثم المستشفيات المتوسطة ، وذلك على حساب المستشفيات الصغيرة كما هو في الجدول (90) .

الجدول رقم (86)

قيم F لاختبار ANOVA للمتغيرات المستقلة والمتغير التابع الثالث باختلاف حجم المستشفى

المتغيرات المستقلة	F الجدولية	F المحسوبة	Sig.	القرار الإحصائي للفرضية العامة
خصائص الخدمة العلاجية المتاحة	2.25	175.27	0.00	نرفض فرضية الأساس H0
أسعار بيع الخدمات العلاجية	2.25	305.19	0.00	نرفض فرضية الأساس H0
ترويج الخدمات العلاجية	2.6	84.43	0.00	نرفض فرضية الأساس H0
توزيع الخدمات العلاجية	2.42	100.27	0.00	نرفض فرضية الأساس H0
خصائص المرضى القادمين	2.25	382.86	0.00	نرفض فرضية الأساس H0
خصائص الكوادر الطبية المعالجة	2.3	351.3	0.00	نرفض فرضية الأساس H0
المظهر المادي للخدمة العلاجية	2.25	260.08	0.00	نرفض فرضية الأساس H0
السياسات الحكومية	2.42	2.38	0.362	نقبل فرضية الأساس H0

كما يشير الجدول السابق رقم (86) إلى وجود فروقات في تأثير المتغيرات المستقلة المختلفة، على تحقيق المستشفى لمكانة مميزة في السوق الخارجي باختلاف حجم المستشفى ، باستثناء تأثير السياسات الحكومية العامة حيث لم تظهر أية فروقات في التأثير . وبإجراء اختبار **Scheffe** اتضح

أن تأثير المتغيرات المستقلة التي سجلت فروقات كانت لصالح المستشفيات الكبيرة ، ثم المستشفيات المتوسطة ، ثم المستشفيات الصغيرة .

الجدول رقم (87)

قيم F لاختبار ANOVA للمتغيرات المستقلة والمتغير التابع الرابع باختلاف حجم المستشفى

المتغيرات المستقلة	F الجدولية	F المحسوبة	Sig.	القرار الإحصائي للفرضية العامة
خصائص الخدمة العلاجية المتاحة	2.25	60.74	0.00	نرفض فرضية الأساس H0
أسعار بيع الخدمات العلاجية	2.25	106.99	0.00	نرفض فرضية الأساس H0
ترويج الخدمات العلاجية	2.6	40.68	0.00	نرفض فرضية الأساس H0
توزيع الخدمات العلاجية	2.42	35.89	0.00	نرفض فرضية الأساس H0
خصائص المرضى القادمين	2.25	100.81	0.00	نرفض فرضية الأساس H0
خصائص الكوادر الطبية المعالجة	2.3	111.68	0.00	نرفض فرضية الأساس H0
المظهر المادي للخدمة العلاجية	2.25	77.79	0.00	نرفض فرضية الأساس H0
السياسات الحكومية	2.42	1.923	0.134	نقبل فرضية الأساس H0

يشير الجدول السابق رقم (87) إلى وجود فروقات في تأثير المتغيرات المستقلة المختلفة ، على دخول المستشفى لأسواق خارجية جديدة باختلاف حجم المستشفى ، باستثناء تأثير السياسات الحكومية العامة التي لم تظهر أية فروقات في التأثير . وبإجراء اختبار **Scheffe** اتضح أن الفروق في تأثير المتغيرات المستقلة كانت لصالح المستشفيات الكبيرة ، بينما تساوت المستشفيات المتوسطة والصغيرة مع بعضها في الأثر .

الجدول رقم (88)

قيم F لاختبار ANOVA للمتغيرات المستقلة والمتغير التابع الخامس باختلاف حجم المستشفى

المتغيرات المستقلة	F الجدولية	F المحسوبة	Sig.	القرار الإحصائي للفرضية العامة
خصائص الخدمة العلاجية المتاحة	2.25	52.53	0.00	نرفض فرضية الأساس H0
أسعار بيع الخدمات العلاجية	2.25	95.24	0.00	نرفض فرضية الأساس H0
ترويج الخدمات العلاجية	2.6	39.1	0.00	نرفض فرضية الأساس H0

توزيع الخدمات العلاجية	2.42	27.03	0.00	نرفض فرضية الأساس H0
خصائص المرضى القادمين	2.25	86.57	0.00	نرفض فرضية الأساس H0
خصائص الكوادر الطبية المعالجة	2.3	93.16	0.00	نرفض فرضية الأساس H0
المظهر المادي للخدمة العلاجية	2.25	67.02	0.00	نرفض فرضية الأساس H0
السياسات الحكومية	2.42	1.155	0.149	نقبل فرضية الأساس H0

أما الجدول السابق رقم (88) فيشير إلى وجود فروقات في تأثير المتغيرات المستقلة المختلفة، على أرباح المستشفيات من الطلب الخارجي ، وذلك باختلاف حجم المستشفى باستثناء تأثير السياسات الحكومية العامة التي لم تظهر أية فروقات في التأثير . وبإجراء اختبار **Scheffe** اتضح أن الفروق في تأثير المتغيرات المستقلة التي سجلت فروقات كانت لصالح المستشفيات الكبيرة، ثم المستشفيات المتوسطة ، ثم المستشفيات الصغيرة .

الجدول رقم (89)

قيم F لاختبار ANOVA للمتغيرات المستقلة والمتغير التابع السادس باختلاف حجم المستشفى

المتغيرات المستقلة	F الجدولية	F المحسوبة	Sig.	القرار الإحصائي للفرضية العامة
خصائص الخدمات العلاجية المتاحة	2.25	6.38	0.00	نرفض فرضية الأساس H0
أسعار بيع الخدمات العلاجية	2.25	12.11	0.00	نرفض فرضية الأساس H0
ترويج الخدمات العلاجية	2.6	1.824	0.158	نقبل فرضية الأساس H0
توزيع الخدمات العلاجية	2.42	4.83	0.007	نرفض فرضية الأساس H0
خصائص المرضى القادمين	2.25	13.99	0.00	نرفض فرضية الأساس H0
خصائص الكوادر الطبية المعالجة	2.3	10.7	0.00	نرفض فرضية الأساس H0
المظهر المادي للخدمة العلاجية	2.25	9.67	0.00	نرفض فرضية الأساس H0
السياسات الحكومية	2.42	1.51	0.473	نقبل فرضية الأساس H0

يشير الجدول السابق رقم (89) إلى وجود فروقات في تأثير المتغيرات المستقلة ، على تحقيق المستشفى لمستوى ثابت من الأداء كلما اختلف حجمه ، باستثناء تأثير السياسات الحكومية العامة ، وترويج الخدمات العلاجية اللذان لم يظهران أية فروقات في التأثير . وبإجراء اختبار **Scheffe** تبين

أن الفروق في تأثير المتغيرات المستقلة التي سجلت فروقات كانت لصالح المستشفيات الصغيرة ، والمتوسطة على حساب المستشفيات الكبيرة .

الجدول رقم (90)

نتائج اختبار Scheffe للمتغيرات التابعة باختلاف حجم المستشفى

المتغيرات التابعة	المستشفيات الكبيرة	المستشفيات المتوسطة	المستشفيات الصغيرة
نصيب المستشفيات من إجمالي الطلب المتاح	3.4	2.4	1.66
مبيعات المستشفيات من الخدمات العلاجية	3.25	2.8	1.66
تحقيق مكانة مميزة في السوق الخارجي	3.4	2.4	1
دخول أسواق خارجية جديدة	3.4	2.6	2.33
أرباح المستشفيات من الخدمات العلاجية	3.4	2.8	2.33
الحفاظ على نفس مستوى الأداء السابق	2	0.66	0.66

3.4 تحليل الانحدار المتدرج Stepwise Regression

يهدف هذا الاختبار إلى ترتيب المتغيرات المستقلة التي يتضمنها نموذج الانحدار ، وفقاً لدرجة تأثيرها على المتغير التابع ، حيث يقوم البرنامج الإحصائي المستخدم SPSS بإجراء تلك العملية تلقائياً .

الجدول رقم (91)

نتائج اختبار الانحدار المتدرج للمتغير التابع الأول (نصيب المستشفيات من الطلب الخارجي المتاح)

المتغير المستقل	F المحسوبة	Siq	r	R^{-2}
ترويج الخدمات العلاجية	349.43	0.00	0.866	0.751
ترويج الخدمات العلاجية+ توزيع الخدمات العلاجية	344.27	0.00	0.926	0.857
ترويج الخدمات العلاجية+ توزيع الخدمات العلاجية + السياسات الحكومية	264.93	0.00	0.935	0.875

يبين الجدول السابق رقم (91) إلى أن المتغيرات المستقلة التي تضمنها نموذج الدراسة، قد ارتبطت مع المتغير التابع الأول (نصيب المستشفيات من إجمالي الطلب الخارجي المتاح) بعلاقة

معنوية قوية وصلت إلى (93.5%) ،كما استطاعت تفسير نحو (87.5%) من التباين في المتغير التابع . كما أن كل متغير في نموذج الدراسة يرتبط بعلاقة معنوية مع المتغير التابع ، و كل واحد استطاع أن يفسر نسبة معينة من التغيرات التي تحصل في المتغير التابع . ووفقاً لتحليل نتائج الانحدار فقد نجح ثلاث متغيرات مستقلة فقط ، واستبعد التحليل متغيرات (خصائص المرضى ، خصائص الكوادر الطبية المعالجة،التسعير،الخدمات الأساسية ،الإنفاق الاستثماري، المظهر المادي).

الجدول رقم (92)

نتائج اختبار الانحدار المتدرج للمتغير التابع الثاني (مبيعات المستشفيات من الخدمات العلاجية)

R^{-2}	r	Siq	F المحسوبة	المتغير المستقل
0.712	0.844	0.00	284.06	ترويج الخدمات العلاجية
0.826	0.909	0.00	271.29	ترويج الخدمات العلاجية+ توزيع الخدمات العلاجية
0.851	0.922	0.00	214.54	ترويج الخدمات العلاجية+ الاتفاقيات العلاجية+ السياسات الحكومية

والجدول السابق رقم (92) يبين أن المتغيرات المستقلة التي تضمنها نموذج الدراسة، قد ارتبطت مجتمعة مع المتغير التابع الثاني (مبيعات المستشفيات من الخدمات العلاجية) بعلاقة معنوية قوية وصلت إلى (92.2%) ، كما استطاعت تفسير نحو (85.1%) من التباين في المتغير التابع .كما يرتبط كل متغير بعلاقة معنوية مع المتغير التابع ، واستطاع كل واحد تفسير نسبة معينة من تغيرات المتغير التابع . وقد نجح ثلاث متغيرات مستقلة فقط وفقاً لتحليل الانحدار المتدرج ، واستبعدت متغيرات (خصائص المرضى ، خصائص الكوادر الطبية المعالجة ، التسعير ، الخدمات الأساسية ، الإنفاق الاستثماري ، المظهر المادي) .

الجدول رقم (93)

نتائج اختبار الانحدار المتدرج للمتغير التابع الثالث (تحقيق مكانة مميزة في السوق الخارجي)

R^{-2}	r	Siq	F المحسوبة	المتغير المستقل
0.8	0.894	0.00	458.65	ترويج الخدمات العلاجية
0.846	0.92	0.00	313.45	ترويج الخدمات العلاجية+ توزيع الخدمات العلاجية
0.857	0.926	0.00	225.51	ترويج الخدمات العلاجية+ توزيع الخدمات العلاجية + السياسات الحكومية

يبين الجدول رقم (93) أن جميع المتغيرات المستقلة ارتبطت مع المتغير التابع الثالث(تحقيق مكانة مميزة في السوق الخارجي) بعلاقة معنوية قوية وصلت إلى (97.5%) ، واستطاعت تفسير نحو (92.6%) من حجم التباين في المتغير التابع . أما المتغيرات المستقلة منفردة فارتبط كل منها بعلاقة معنوية مع المتغير التابع ، واستطاع أن يفسر نسبة معينة من التغيرات التي تحصل فيه . وقد نجح ثلاث متغيرات مستقلة فقط وفقاً لتحليل الانحدار المتدرج ،واستبعد التحليل متغيرات (خصائص المرضى ، خصائص الكوادر الطبية المعالجة ، التسعير، الخدمات الأساسية، الإنفاق الاستثماري ، المظهر المادي) .

الجدول رقم (94)

نتائج اختبار الانحدار المتدرج للمتغير التابع الرابع (دخول أسواق خارجية جديدة)

المتغير المستقل	F المحسوبة	Siq	r	R^{-2}
ترويج الخدمات العلاجية	458.65	0.00	0.873	0.762
ترويج الخدمات العلاجية+ توزيع الخدمات العلاجية	313.45	0.00	0.927	0.863
ترويج الخدمات العلاجية+ توزيع الخدمات العلاجية + السياسات الحكومية	225.51	0.00	0.939	0.882

يبين الجدول رقم (94) أن المتغيرات المستقلة مجتمعة قد ارتبطت مع المتغير التابع الثالث (دخول أسواق خارجية جديدة) بعلاقة معنوية قوية وصلت إلى (93.9%) ، كما أنها استطاعت تفسير نحو (88.2%) من التباين في المتغير التابع .كما ارتبطت لمتغيرات المستقلة في نموذج الدراسة بعلاقة معنوية مع المتغير التابع ، واستطاع كل متغير تفسير نسبة معينة من التباين الحاصل . وقام تحليل الانحدار المتدرج باستبعاد مجموعة المتغيرات المستقلة الأخرى بسبب ضعف تأثيرها على المتغير التابع .

الجدول رقم (95)

نتائج اختبار الانحدار المتدرج للمتغير التابع الخامس (أرباح المستشفيات من الطلب الخارجي)

المتغير المستقل	F المحسوبة	Siq	r	R^{-2}
ترويج الخدمات العلاجية	440.62	0.00	0.89	0.792
ترويج الخدمات العلاجية+ توزيع الخدمات العلاجية	403.15	0.00	0.936	0.875
ترويج الخدمات العلاجية+ توزيع الخدمات العلاجية + السياسات الحكومية	323.82	0.00	0.946	0.895

يبين الجدول رقم (95) أن المتغيرات المستقلة مجتمعة قد ارتبطت مع متغير أرباح المستشفيات من الطلب الخارجي ، بعلاقة معنوية قوية وصلت إلى (94.6%) ، كما أنها استطاعت تفسير نحو (89.5%) من التباين في المتغير التابع . وارتبط متغير مستقل في نموذج الدراسة بعلاقة معنوية مع المتغير التابع ، واستطاع كل منها تفسير نسبة معينة من التغيرات التي حصلت فيه . هذا وقد استبعد تحليل الانحدار المتدرج مجموعة المتغيرات المستقلة الأخرى بسبب ضعف تأثيرها على المتغير التابع (خصائص المرضى ، خصائص الكوادر الطبية المعالجة ، التسعير ، الخدمات الأساسية، الإنفاق الاستثماري ، المظهر المادي).

الجدول رقم (96)

نتائج اختبار الانحدار المتدرج للمتغير التابع السادس (الحفاظ على نفس مستوى الأداء السابق)

المتغير المستقل	F المحسوبة	Siq	r	R^{-2}
توزيع الخدمات العلاجية	68.42	0.00	0.609	0.371
توزيع الخدمات العلاجية +السياسات الحكومية	38.96	0.00	0.636	0.404

يبين الجدول رقم (96) أن المتغيرات المستقلة مجتمعة قد ارتبطت مع المتغير التابع السادس (الحفاظ على نفس المستوى من الأداء السابق) بعلاقة متوسطة وصلت (63.6%) ، كما فسرت (40.4%) من التباين في المتغير التابع . وأن المتغيرات المستقلة ارتبط كل منها بعلاقة معنوية مع المتغير التابع ، واستطاع لوحده أن يفسر نسبة معينة من التغيرات التي تحصل في هذا المتغير . هذا وقد استبعد تحليل الانحدار المتدرج مجموعة المتغيرات المستقلة الفرعية الأخرى التي تضمنها النموذج بسبب ضعف تأثيرها على المتغير التابع ، كما استبعد متغيرات مستقلة رئيسية أخرى (خصائص المرضى المحتملين ، والإنفاق الاستثماري ، وتسعير الخدمات العلاجية ، وخصائص الكوادر الطبية المعالجة، والمظهر المادي للخدمة العلاجية ، ترويج الخدمة العلاجية ، والخدمات الأساسية المتاحة في القطاع) .

تبين تلك النتيجة أن المتغير التابع السادس ارتبط بنسبة ضعيفة مع المتغيرات المستقلة ، وكانت تلك النتيجة بدايةً من خلال رفض أفراد العينة المستجيبة لهذا المتغير ، كما تبين بعد ذلك رفضه في معظم الفرضيات الفرعية التي اختبرتها الدراسة . والسبب كما ذكرنا أنه من الصعوبة

بمكان الحفاظ على مستوى ثابت من الأداء عبر الزمن ، بسبب وجود عوامل اقتصادية واجتماعية وسياسية خارج عن سيطرة المستشفى ، تجعله عرضة للتغير وليس للثبات .

4.4 تحليل ومناقشة نتائج الدراسة

اعتماداً على الاختبار السابق لفرضيات الدراسة ، سنقوم بمناقشة وتحليل نتائج هذا الاختبار، في محاولة للإجابة على أسئلة الدراسة التي انبثقت عن مشكلتها كما يأتي :

1-خصائص الخدمة العلاجية المتاحة في الأردن، ومدى مناسبتها للأنماط الشرائية القائمة، والعوامل المؤثرة على تقديم الخدمة العلاجية

-بينت هذه الدراسة أن المستشفيات المحلية تميزت ببعض المظاهر المادية التي استطاعت من خلالها جذب الطلب الخارجي ، وحثه على شراء الخدمات العلاجية المحلية . وهذا يعني أن الخدمة العلاجية لا تكفي وحدها لقيام الطلب ، فهي بحاجة لعناصر مادية ملموسة تدعمها مثل فخامة تصميم المباني والمرافق الطبية ، وتجهيزات غرف المرضى والأثاث الطبي .

-أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباط قوية بين قيام الطلب الخارجي على الخدمات العلاجية المحلية، وبين بعض العناصر المادية الأخرى التي أثبتت دلالتها الإحصائية ، مثل الإجراءات والفحوصات التشخيصية التي تقوم بها المستشفيات عند قدوم المريض ، والأدوية والعلاجات التي توصف لهم بعد ذلك . وهذا يبين ضرورة إعطاء تلك العناصر المزيد من الاهتمام ، كونها تعتبر من العوامل المؤثرة على المستشفيات (Alonso & Others , 1990).

-ركزت الدراسات المتعلقة بالسياحة العلاجية على أهمية الخدمات المرافقة للخدمة العلاجية، وخاصة الاتصالات ، والنقل الطبي ، وخدمات الضيافة والفندقة الطبية . ولقد جاءت نتائج هذه الدراسة متوافقة إلى حد كبير مع ما جاءت به الدراسات السياحية الأخرى في هذا المجال . بيد أن المستشفيات الأردنية أظهرت تميزاً في تقديم خدمات مساندة نالت اهتمام ورضا المرضى الوافدين ، رغم تسجيلها لدلالات إحصائية ضعيفة مقارنة ببقية المتغيرات المستقلة مثل العناية بنظافة الطعام داخل غرف المرضى ، ونظافة المباني داخل المستشفى، كما أظهر المريض اهتماماً بخدمات الحجز الإلكتروني،ودراسة حالته المرضية قبل قدومه إلى الأردن ، وخدمات النقل الطبي المجهز والمتطور، وحرية اختيار الطاقم الطبي من مستشفيات أخرى .

-أظهرت النتائج وجود ارتباط ضعيف بين الإجراءات الإدارية المتبعة في المستشفيات ، مع قدوم المرضى الأجانب للعلاج فيها ، وكان ذلك الضعف من جانب تقديم خدمات حجز وجدولة مواعيد المرضى ، والتعامل مع استفسارات المرضى عبر الإنترنت أو الرد الآلي .

-بينت الدراسة أن (83.3%) من المستشفيات التي تم دراستها لديها مختبر واحد شامل، يستخدم لكافة الفحوصات المخبرية والاختبارات الطبية التي يحتاجها المريض ، كما بينت أن (91%) من تلك المستشفيات لدى كل منها على الأقل جهازين لتصوير الأشعة X-Ray ، ونحو (9%) فقط لديها جهاز واحد .كما بينت النتائج أن (84.6%) من تلك المستشفيات لدى كل منها جهازين للرنين المغناطيسي على الأقل ، إضافة أجهزة التصوير الطبقي المحوري .

-أظهرت الدراسة أن معظم الخدمات المتوفرة في عينة المستشفيات الأردنية ، قد وردت في الدراسات المختلفة خاصة دراسة (Spokane Valley Online, 2005) وقد شملت تلك الخدمات مجموعة واسعة من العيادات المتخصصة لمعالجة الأمراض الطارئة غير المزمنة ، ووحدات الطوارئ ، والعناية المنزلية والتمريض المنزلي للمرضى الذين يرغبون العلاج في أجنحة طبية خارج المستشفى ، ومراكز العلاج الطبيعي ، والعناية بالأطفال ، والصيدليات ، والعيادات السنية ، والأجنحة الطبية .

أما العوامل المؤثرة في تقديم الخدمة العلاجية في المستشفيات العاملة في الأردن :

-استخلصت الدراسة مجموعة من العوامل التي تؤثر على تقديم الخدمة العلاجية للمريض ، وتؤثر في الوقت ذاته على قراره الشرائي ، وقد قمنا بتصنيف هذه العوامل كما يلي :

1 - أسباب تتعلق بالطلب على الخدمات العلاجية وتشمل مجموعة من الأسباب :

أ. الجوانب السلبية التي أظهرها المرضى الأجانب :

-سوء المعاملة وتدني مستواها من قبل الكوادر التمريضية العاملة في المستشفى .

-ارتفاع سعر بيع الخدمة العلاجية ، وأسعار بيع الخدمات الأخرى كالنوم والطعام .

-ضعف الإجراءات الحكومية المتعلقة بتنظيم قدوم المرضى العراقيين للعلاج في الأردن ، خاصة عمليات الإقامة لمن يتطلب علاجهم لفترات طويلة .

-عدم وضوح الإجراءات المالية في المستشفيات العاملة ، وكيفية حساب تكلفة الخدمة العلاجية، فسقوف العلاج المعلنة تتجاوز في كثير من الأحيان السقوف الفعلية لها ، مما يضع المريض في إرباك مالي حول الاستمرار في العلاج أو إلغاءه والاكتفاء بما وصل إليه دون الشفاء التام .

-استغلال بعض المرضى الأجانب من قبل السماسرة الطبيين العاملين في الأسواق المستهدفة (كما أطلق عليهم من المرضى) الذين يرتبطون مع المستشفيات المحلية .

ب. الجوانب الإيجابية التي أظهرها الطلب :

-التطور النسبي في مستوى الخدمات العلاجية في الأردن ، وتقدم مستوى العلاج ونوعيته .

-حسن المعاملة من بعض الكوادر الطبية العاملة في مستشفيات معينة .

-السرعة في تقديم الخدمة العلاجية ، وتوفير العلاج المناسب .

-عنصر الاستقرار والأمن الذي تتمتع به الأردن ، كأحد العناصر المهمة في التأثير على الطلب الخارجي .

-الراحة النفسية والتعاون من قبل الأجهزة العاملة في بعض المستشفيات .

-السمعة الحسنة للكوادر الطبية العاملة في بعض المستشفيات ، من حيث الكفاءة والمصداقية .

2-جوانب تتعلق بعرض الخدمات العلاجية وتشمل ما يلي :

أ. جوانب تتعلق بالمستشفى :

-ضعف الكوادر التمريضية العاملة في المستشفيات ، وذلك من جانب احترام المرضى ، والإهمال الكبير الذي تتعرض له الحالات المرضية من جانب تلقي العلاج .

-البطء في توفير العلاج اللازم للمرضى الأجانب، وتعقد الإجراءات الحكومية المتعلقة بإدخال المرضى ، وتأمين احتياجاتهم العلاجية .

-نقص المخصصات المالية المتاحة للتوسع والتطور .

-نقص الخبرات الطبية المتخصصة و الافتقار إلى الخبرة لفتح أسواق جديدة.

-الصعوبات الفنية والإدارية في المستشفى المتعلقة بجانب تطوير الأداء والإجراءات الفنية .

ب. جوانب تتعلق بالأجهزة الحكومية العاملة في القطاع :

-ضعف خطط تسويق خدمات قطاع السياحة العلاجية .

-ضعف التنسيق بين المؤسسات الحكومية والقطاع الخاص في مجال الترويج .

-ضعف معايير الجودة للخدمات العلاجية المباعة.

-ضعف الحوافز الاستثمارية المقدمة لقطاع السياحة العلاجية ، ومراعاة متطلبات وخصوصية الاستثمار في القطاع .

-ضعف مخصصات الإنفاق الحكومية على ترويج السياحة العلاجية .

-ضعف سياسات الأجور والحوافز النقدية الممنوحة للعاملين في القطاع.
-ازدواجية الصلاحيات الممنوحة للمؤسسات الحكومية المسئولة عن قطاع السياحة العلاجية .
-نقص الخبرات المؤهلة لتسويق خدمات السياحة العلاجية.
-نقص المخصصات المالية المتاحة في القطاع للتوسع والنمو والتطوير .

2-تسعير الخدمات العلاجية في الأردن ، و الجهات التي تقوم بها ، ومساهمتها في تنمية الطلب الخارجي

-أظهرت الدراسة أن عملية تسعير الخدمات العلاجية في المستشفى ، تتم بحساب تكاليف الخدمة العلاجية المتغيرة ،مثل الطعام والشراب والمنام ، والأدوية ، والفحوصات والإجراءات التشخيصية، وأجور الخدمات المرافقة كالاتصالات ، والنقل الطبي ، ثم تضاف جميعها إلى حصة المريض من التكاليف الثابتة التي يتحملها المستشفى مثل رواتب وأجور الأطباء والكوادر التمريضية ، والنفقات الجارية الأخرى . وتختلف تلك التكاليف من مريض إلى أخر حسب طبيعة المرض ، ومستوى الخدمة العلاجية المرغوبة ، ونوعيتها. كما أنها تختلف من مستشفى إلى أخر وفقاً لحجمه ودرجة تصنيفه .

-بينت الدراسة أن (21%) من المرضى راضون بشكل غير تام (راضٍ ، وراضٍ إلى حد ما) عن أسعار بيع الخدمة العلاجية في المستشفى الذي يتلقى فيه العلاج ، فيما أظهر (46.2%) عدم رضاهم عن تلك الأسعار . وأظهر (58.8%) من مجمل المرضى الأجانب عدم رضاهم عن أسعار بيع الطعام والشراب في المستشفى ، مقابل (35.3%) لمن أظهروا رضاهم غير التام . و(34.5%) أظهروا رضاهم المشروط عن أسعار بيع الأدوية في المستشفى ، مقابل (63%) كانوا غير راضون. كما بينت النتائج أن (2.5%) و (5.9%)، و(2.5%) من مجمل المرضى الأجانب كانوا راضون تماماً عن أسعار بيع الخدمات العلاجية ، والطعام ، والأدوية في المستشفى الذي تلقوا فيه العلاج وذلك على التوالي . وهنا يبين الباحث أن نسبة المرضى الراضون بشكل عام عن أسعار العلاج والطعام والأدوية أقل ممن أظهروا رضاهم عنها .

-أظهرت الدراسة أن (34.2%) من مجمل المرضى يعتقدون بارتفاع سعر بيع الخدمة العلاجية في الأردن مقارنة بالدول العربية الأخرى ، وقد عزوا ذلك الارتفاع إلى مجموعة من الأسباب أهمها : غياب الرقابة الحكومية عن المستشفيات الخاصة ، وعدم الالتزام بالأسعار المعلنة عن خدماتها العلاجية في الأسواق المستهدفة ، وعدم وجود مرجعية حكومية تكفل حقوق المريض الوافد وتراعي

متطلباته ، إضافة إلى عدم تقديم فاتورة مفصلة بكافة العلاجات المقدمة للمريض ، الأمر الذي يقلل من درجة الثقة بين المريض والمستشفى .فيما أظهر الجانب الأخر من العينة وبنسبة بلغت (59.2%) رضاهم المشروط (راض ، راض إلى حد ما) عن تلك الأسعار مقارنة بالدول العربية المنافسة الأخرى .

-صنفت هذه الدراسة أن الخدمة العلاجية في الأردن تمر في المرحلة الثانية من مراحل دورة الحياة وهي النمو ، وهذا التصنيف يعود إلى أن المستشفيات الخاصة في الأردن تركز على بيع الخدمات العلاجية ذات النوعية العالية ، و اعتماداً على سمعتها العالية ، دون أن تستخدم أي من المؤثرات أو التخفيضات السعرية المعروفة لجذب المرضى الأجانب .

-أظهرت الدراسة أن المستشفيات الخاصة في الأردن ، لا تتبع طرق الترويج السعري الحديثة لتعظيم مبيعاتها من الخدمات العلاجية . حيث تبين وجود مجموعة من العوامل التي تم إهمالها في الجانب التسويقي ، والتي لم يسمع بها المرضى طوال فترة بحثهم عن العلاج أو بعده في الأردن . فنجد مثلاً عدم وجود تسهيلات بالدفع أو خصومات سعرية تقدم عند العلاج لأكثر من مرة ، كما بينت أن هناك طريقة واحدة لدفع فواتير العلاج المستحقة ، تعتمد على الدفع النقدي الفوري أو المقدم في كثير من الأحيان قبل شراء بعض العمليات الجراحية ، و لا يوجد وسيلة لأخرى يمكن أن يستخدمها المريض الوافد ، وهذا ناجم عن غياب الضمانات كما أسماها مدراء المستشفيات ، كما أنها لا تقدم خدمات علاجية مجانية للمرضى الأجانب.

3- الطرق المتبعة في ترويج الخدمات العلاجية في الأردن ، والجهات التي تقوم بها، ومدى مساهمتها في تنمية الطلب الخارجي

-بينت الدراسة أن (29.4%) من المستشفيات الخاصة ، يوجد بها أقسام مسئولة عن تسويق الخدمة العلاجية في الأسواق المستهدفة وهي جميعها مستشفيات كبيرة ، و يعمل في كل قسم أربع موظفين بالمتوسط . لكن رغم وجود هذا القسم إلا أن نقص المخصصات المالية المتاحة أمامه ، يشكل نقطة حاسمة في ممارسة مهامه ومسؤولياته . كما بينت الدراسة أن متوسط الإنفاق على ترويج الخدمة العلاجية ، كنسبة من مجمل الإيرادات السنوية المتحققة يقل عن (1%) وذلك لحوالي (81.3%) من المستشفيات العاملة ، مما يعطي مؤشراً واضحاً عن ضعف الأنشطة والبرامج التسويقية التي تقوم بها تلك الأقسام ، وذلك بسبب المزاحمة بين أهداف الإنفاق الترويجي العديدة وتخصيصاته الأكثر .

-أظهرت الدراسة أن هناك استقلالية بين الإنفاق الذي تقوم به المستشفيات ،عن الإنفاق الذي تقوم به الحكومة وبرامجه في ترويج السياحة العلاجية ، وضعفه بشكل عام عن تنمية الطلب الخارجي على الخدمات العلاجية . فضعف التنسيق وتشتت الجهود والصلاحيات هي السمة الغالبة على ترويج خدمات القطاع ، فنجد أن مديرية السياحة الطبية العلاجية ، مستقلة عن جمعية المستشفيات الخاصة ، وعن هيئة تنشيط السياحة .كما أن إدراج السياحة العلاجية ضمن خطط السياحة الوطنية، غير معنوي ولم يظهر أثر قوي على قطاع السياحة العلاجية ، وذلك لتضارب وتعارض الأولويات السياحية للأنماط الأخرى ، مع خصوصية السياحة العلاجية ومتطلباتها.

-كشفت الدراسة عن عدم فعالية طرق الترويج المستخدمة في المستشفيات والمؤسسات الحكومية في الأردن ، في إحداث نمو كبير في الطلب الخارجي على خدماتها العلاجية ، إضافة إلى ضعف إدراك القائمين بأهمية وظيفة الترويج أثناء ممارستهم للنشاط التسويقي، وما يمكن أن تحدثه من أثار إيجابية ، و قد أظهرت الدراسة مجموعة من الطرق الترويجية المستخدمة مرتبة حسب أهميتها النسبية كما أظهرتها عينة الدراسة :

- الأحداث والمناسبات الخاصة .
- الإعلانات والنشرات الإخبارية .
- الملصقات والمنشورات الطبية .
- العلاقات العامة والتسويق المباشر .
- العقود مع المؤسسات والشركات .
- مديرية السياحة الطبية العلاجية .
- جمعية المستشفيات الخاصة .
- هيئة تنشيط السياحة .
- المواقع الالكترونية للمستشفيات .
- السفارات الأردنية العاملة في الخارج .

-أما فيما يتعلق بالطرق التي تستخدمها الحكومة للترويج عن الخدمات العلاجية في الأسواق المستهدفة ، فبينتها الدراسة مرتبة حسب أهميتها ، كما أعطي المستجيب فرصة لاختيار أكثر من طريقة من بين تلك الطرق ، وكانت كما يلي :

- التسويق الطبي المباشر بنسبة إجابات (88.8%) .

- الملصقات والمنشورات بنسبة إجابات (77.7%) .
- المناسبات والأحداث الخاصة بنسبة إجابات (72.2%) .
- الندوات العلمية وورش العمل بنسبة إجابات (72.2%) .
- المؤتمرات الطبية المتخصصة بنسبة إجابات (61.1%) .
- المعارض الطبية بنسبة إجابات (61.1%) .
- الملحق الصحي في الخارج بنسبة إجابات (50%) .
- الإعلانات التلفزيونية بنسبة إجابات وصلت (44.4%) .
- المجلات العلمية والطبية بنسبة إجابات (44.4%) .

-أظهرت الدراسة مجموعة من المعوقات التي يعتقد بتأثيرها على ترويج الخدمة العلاجية في الأسواق المستهدفة ، مرتبة حسب أهميتها ، وأعطي المستجيب فرصة اختيار أكثر من سبب في آن واحد :

- نقص المخصصات المالية المتاحة للترويج بنسبة (83.3%).
- نقص التمويل المتاح للتوسع والنمو بنسبة (83.3%).
- نقص الخبرات التسويقية المتخصصة بنسبة (66.6%).
- العوائق الفنية والإدارية في المستشفى ، التي لا تسمح بترويج الخدمة العلاجية في الأسواق المستهدفة بنسبة (33.3%).
- الافتقار إلى الخبرة لفتح أسواق جديدة بنسبة (16.7%).
- نقص الخبرات الطبية المتخصصة في المجالات الحديثة بنسبة (8.3%).
- ضعف خطط التسويق بنسبة (8.3%).

-بينت الدراسة أن معظم الأدوات الترويجية المستخدمة من قبل المستشفيات والأجهزة المتخصصة ، ساهمت بشكل ضعيف في تنشيط الطلب الخارجي على الخدمات العلاجية المحلية ، والدليل في ذلك أن مصادر تكوين المعرفة للمريض الوافد عن مكان وجود الخدمة العلاجية الأردنية ، تبتعد عن مجموعة الطرق التي استخدمتها المؤسسات الترويجية ذات العلاقة في عملية الترويج ، وهي مرتبة حسب أهميتها:

- الأصدقاء والمعارف أو ما يطلق عليه كلمة الفم المنقولة **WOM** بنسبة (72.3%) .
- الجهود الشخصية بنحو (10.9%) .

- الإعلانات والرسائل الإخبارية بنسبة (5%) .
- السفارات الأردنية العاملة في الخارج بنسبة (3.4%) .
- وسائل أخرى (السماسرة) كانت بنسبة (8.4%) .

4 – الطرق المستخدمة في إيصال الخدمات العلاجية الأردنية إلى الأسواق المستهدفة :

-أظهرت الدراسة مجموعة من الطرق التي تستخدمها المستشفيات الخاصة ، في توزيع خدماتها العلاجية على الأسواق المستهدفة ، وقد أعطي المستجيب فرصة اختيار أكثر من طريقة ، وهي مرتبة حسب أهميتها :

- مؤسسات التسويق العاملة في السوق المستهدف ، مثل المكاتب التابعة للمستشفيات في تلك الأسواق وذلك بنسبة (75%) .
- اتفاقيات وبروتوكولات التعاون الطبي الثنائية بين المستشفيات الأردنية والخارجية، أو مع الدول و شركات التأمين وذلك بنسبة (76.9%).
- المستشفيات وعيادات الأطباء في الأسواق المستهدفة وبنسبة (46.1%).
- جمعية المستشفيات الخاصة في الأردن بنسبة (25%) .
- السفارات الأجنبية العاملة في الأردن بنسبة (20.3%) .
- عيادات الاختصاص العاملة في السوق الأردني بنسبة (16.6%) .
- المؤسسات الطبية الدولية بنسبة (16.6%) .
- شركات التأمين الصحي الأردنية والأجنبية بنسبة (8.3%) .

-أظهرت الدراسة أن (70.6%) من المستشفيات العاملة في السوق الأردني ،تحتفظ باتفاقيات علاجية ثنائية مع مستشفيات خارجية أخرى ، وتبلغ حصة كل مستشفى بالمتوسط نحو (4.7) اتفاقية. كما أن نحو (76.5%) من تلك المستشفيات تقوم بالترويج عن خدماتها العلاجية المتميزة فقط، وفي الأسواق ذات الدخل المرتفع فقط.

-أظهرت الدراسة أن (86.3%) من الطلب الخارجي على الخدمات العلاجية المحلية، كان مع الأسواق التي أبرمت اتفاقيات علاجية مع الأردن (على مستوى الحكومة أو المستشفى)، وكان في مقدمة هذه الأسواق السودان ، والعراق ، والسعودية ، واليمن ، وليبيا ، وفلسطين . لكن يبرز هنا السؤال المهم ، هل تبرر تلك النسبة المرتفعة دور الاتفاقيات العلاجية المبرمة في زيادة الطلب الخارجي على الخدمات العلاجية المحلية . فمن خلال دراستنا لتلك الاتفاقيات ، وجد أن معظم تلك

الأسواق التي تمثلها تشهد حالة من الضعف في الموارد والإمكانات العلاجية المتاحة لديها ،الأمر الذي سيدفعها للبحث عن خدمات علاجية بديلة ، بأسعار مقبولة تحقق هدفها الطبي المتمثل بالعلاج، لذلك كان الأردن في مقدمة الدول التي قد تسد هذا النقص . وعليه لا يمكن إعطاء تلك الاتفاقيات الدور الأكبر في قيام هذا الطلب ، خاصة أن إجابات المرضى بينت أن معظم الحالات المرضية القادمة للعلاج ليس لديها علم بوجود أي نوع من الاتفاقيات المبرمة بين الأردن و بلدانهم الأصلية .

-أظهرت الدراسة أن (76.5%) من مستشفيات العينة تقوم بالتعاون فيما بينها في مجالات معينة ، وهذا التعاون قد يكون له دور مهم في تشكيل منظومة الخدمات العلاجية المحلية ،وجعل المستشفيات المحلية بديلة وليست منافسة لبعضها ، وبشكل يضمن استغلال الطاقة الاستيعابية المتاحة المعطلة لدى كثير من المستشفيات التي لا يوجد فيها طلب خارجي ،أو كوادر طبية معطلة، ومرافق ومعدات طبية غير مستغلة . وبينت النتائج أن التعاون بين المستشفيات المحلية كان في عدد من المجالات نوردها مرتبة حسب أهميتها كما يلي :

- استخدام المرافق والمعدات الطبية المتوفرة في المستشفيات الأخرى.
- تبادل الكوادر والكفاءات الفنية .
- القيام بأداء خدمات طبية لمستشفيات أخرى .
- أخرى وتشمل ما يلي :

أ. تبني سياسات مشتركة لتحديد الأسعار .

ب. تحويل المرضى من وإلى مستشفيات أخرى .

ت. التدريب المتبادل بين المستشفيات .

ث. تنظيم حملات الترويج المشتركة .

5- الخصائص التي يتمتع بها المرضى القادمين للعلاج في الأردن ، والأسواق المناسبة للخدمات العلاجية الأردنية :

-وجود علاقة ذات معنوية إحصائية قوية بين جنسية المريض (السوق الذي يأتي منه المريض) ، وعدد مرات شراءه للخدمة العلاجية ، والجهة التي تتحمل نفقات علاجه ، مع المتغير الفرعي التابع الأول (نصيب المستشفيات الأردنية من الطلب الخارجي) . فيما سجل عمر المريض ، وجنسه ، وحالته الاجتماعية ، ومستوى دخله دلالة إحصائية ضعيفة مع المتغير التابع الفرعي ذاته . وتتفق هذه النتيجة مع دراسة الباحث (فالدستين ، 2002 ، ص136) ، الذي يرى أن الخصائص السكانية

للمريض كالقوة الشرائية والأصول ، وعدد الأطفال ، والفروق التعليمية بين المرضى أنفسهم ، تؤثر بشكل إيجابي على دراسة الطلب على الخدمات الطبية العلاجية في مختلف المجتمعات.

-تأثرت مبيعات المستشفيات الأردنية من الخدمات العلاجية بشكل إيجابي قوي بالمتغيرات النقدية ، مثل مستوى دخل المريض الوافد ، والدولة التي جاء منها للعلاج كونها تعبر عن القوة الشرائية للسوق ،وعدد مرات شراء الخدمة العلاجية ،والجهة التي تتحمل تكاليف العلاج .فيما فشلت المتغيرات الأخرى (معظمها نوعية مثل الجنس ، العمر) في التأثير على أرباح المستشفيات من بيع الخدمات العلاجية .

-التأثير الإيجابي لمتغير عدد مرات الشراء ووجود جهة ثالثة تتحمل تكاليف العلاج وذلك على تحقيق المستشفى لمكانة مميزة في السوق الخارجي . فتقاسم تكاليف العلاج مع طرف ثالث **Costs Sharing** ، وتكرار شراء الخدمة العلاجية لأكثر من مرة ، يعني ضمناً قبول المريض بالخدمة العلاجية المباعة ، ونوعيتها ، وسعر بيعها ، وطريقة تقديمها .وتظهر تلك النتيجة بشكل واضح في أسواق فلسطين واليمن ، حيث حازت تلك الأسواق على نسبة كبيرة من مجمل الطلب الخارجي على الخدمات العلاجية المحلية ،وأصبحت من أهم الأسواق التي تشكل هذا الطلب رغم انخفاض القوة الشرائية فيها . وما يدعم تلك النتيجة أن نحو (26.3%) من عينة المرضى جاؤوا إلى الأردن على حساب جهات أخرى مثل شركات التأمين ، والسلطة الوطنية الفلسطينية .

-بينت الاختبارات التي أجريت على جنسية المريض الوافد للعلاج ، أنها عامل بارز في توجيه القرار الشرائي له ، وتشكيل هيكل الطلب الخارجي على الخدمات العلاجية المحلية . فأسواق السودان ، وفلسطين ، والسعودية ، كانت من أهم الشركاء في تشكيل هذا الطلب ، وقد بينت نتائج الاستبيان ظهور السوق العراقي كشريك مهم بنسبة وصلت (10.9%) من مجمل الطلب القائم مقارنة بحوالي (2.7%) بينته الإحصائيات الرسمية الحكومية في عام 2004 . بينما احتفظت الأسواق الأخرى كسوريا ، و البحرين ، وعمان ، بنسب ضعيفة من مجمل الطلب القائم .

-بينت نتائج الدراسة أن (46.2%) من المستشفيات العاملة ، يستقطب كل منها بالمتوسط ما يزيد سنوياً على ألف مريض وافد ، بينما حازت المستشفيات التي تستقطب بالمتوسط بين (1000 – 3000) مريض على (23.1%) من مجملها ، وذلك مقارنة بحوالي (30.8%) من المستشفيات التي يستقطب كل منها بالمتوسط ما يزيد على ثلاث آلاف مريض سنوياً .

-إن تكرار شراء الخدمة العلاجية من قبل المرضى الأجانب ، لعوامل تتعلق بقرب المسافة، وانخفاض التكلفة المالية المرافقة لقدومهم مرات كثيرة للمراجعة أو العلاج ،كانت أسباباً وراء

تفضيل شراء الخدمة العلاجية من الأردن . خاصة إذا علمنا أن (39.7%) من الحالات المرضية الأجنبية تشتري الخدمة العلاجية المحلية أكثر من مرة ، وبالتالي فإن الخدمات العلاجية الأردنية مؤهلة بهذه الطريقة لجذب فئة جديدة من المرضى الذين تتطلب حالاتهم المعالجة طويلة الأجل نسبياً، مثل سرطان الدم ، وأمراض القلب والشرايين .

-أظهرت النتائج أن سوق الخدمات العلاجية الأردني مكاناً مفضلاً للمرضى المتزوجين، حيث شكلت هذه الفئة نحو(66.4%) من مجمل المرضى الوافدين إلى الأردن ،وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (وزارة السياحة والآثار) ، التي بينت أن السياحة الأردنية هي سياحة عائلات وليس أفراد ، خاصة إذا علمنا أن (41%) من المرضى الوافدين ، يرافقهم أكثر من شخص واحد من أفراد الأسرة أثناء علاجهم ،مما يعطي المريض فرصة أكبر للسياحة والاستجمام . وبينت الدراسة أن أكثر الخدمات العلاجية طلباً من المرضى الوافدين كانت كما يلي :

- الجراحة العامة كانت بنسبة (24.04%) .
- أمراض القلب والشرايين كانت بنسبة (21.2%) .
- جراحة الأعصاب حازت على نسبة (19.2%) .
- أمراض العظام والمفاصل كانت بنسبة (15.4%) .
- أمراض السرطان كانت بنسبة (4.8%) .
- أمراض أخرى شملت العلاج الطبيعي ، والفحوصات ، والاستشارة ، والعيون، والأسنان وحازت على ما نسبته (18.3%).

-أما فيما يتعلق بمصادر تكوين المعرفة للمريض الوافد الباحث عن الخدمة العلاجية المتاحة في الأردن ، فقد كان للجماعات المرجعية المتمثلة بالأصدقاء والمعارف (كلمة الفم المنقولة) دوراً بارزاً في تشكيل قرار شراء للخدمة العلاجية ، وتوزعت هذه المصادر كما يلي :

- الأصدقاء والمعارف بنسبة (72.3%) .
- الجهود الشخصية بنحو (10.9%) .
- السفارات الأردنية العاملة في الخارج بنسبة (3.4%) .
- الإعلانات والرسائل الإخبارية بنسبة (5%) .
- أخرى مثل السماسرة الطبيين بنسبة (8.4%) .

6 – خصائص الكوادر الطبية المعالجة العاملة في المستشفيات الخاصة في الأردن :

–بينت الدراسة أن (82.8%) من العاملين في المستشفيات الأردنية هم من فئة الذكور ، فيما سجلت فئة الإناث نحو (17.2%) من مجملهم ، وقد سجلت الفئة العمرية التي زادت عن (50) عاماً ما يقارب (31.3%) من مجمل الأطباء العاملين ، وحازت الفئة التي تقع بين (30 -40) عاماً على (28.3%) ، يليها الفئة العمرية (41 -50) عاماً بنسبة (24.2%) . وهذا يعطي القطاع سمات من التنوع في الخبرة والمؤهلات . بينما حاز المتزوجون الأطباء على نسبة عالية بلغت نحو(65.7%)، مقارنة بحوالي (24.2%) لفئة الأعزب.

–أظهرت الدراسة أن العمالة الطبية تتسم بارتفاع مستوى خبراتها العلاجية ، سواء كان في جانب التأهيل والتدريب ،أو جانب سنوات العمل، فنجد أن كل طبيب يحصل بالمتوسط على نحو (2.55) دورة أو ورشة عمل سنوياً في مجال تخصصه تتعلق بالمستجدات والتطورات في القطاع . وشكل الأطباء الذين لديهم خبرات تراكمية تزيد على عشرة سنوات نحو (48.5%) من مجملهم . وبلغ الأطباء العاملين بدوام كلي نحو (80.4%) من مجملهم ، مقارنة بنحو (19.6%) ممن يعملون في مستشفيين على الأقل .

–أظهرت الدراسة أن (74.7%) من الأطباء العاملين هم من الأخصائيين والاستشاريين، وقد حصلت الأردن على المرتبة الأولى بالنسبة لمكان التخرج ، وذلك بنسبة بلغت (43.5%) ، فيما حازت بقية الدول على النسب التالية:

- حازت بريطانيا على نحو (12%) .
- حازت الولايات المتحدة الأمريكية على نسبة (8.7%) .
- حازت سوريا على نسبة (7.6%) .
- حازت مصر على نسبة (8.7%) .
- حازت الدول الاشتراكية مثل روسيا ورومانيا على نسبة(6.06%).
- دول أخرى (العراق ، باكستان ، ألمانيا، اليمن) بنسبة(7.07%) .

واستنتجت الدراسة أن الدخل الذي يحققه خريجو الدول الغربية ، هو من أعلى الدخول التي يتقاضاها الأطباء العاملون في المستشفيات الخاصة ، فنجد أن (17.5%) منهم يحصلون على نحو (37.5%) من مجمل دخل القطاع ، مقارنة بنحو (63.9%) حصلوا على (38.9%) من مجمله .

وتلعب عدد سنوات الخبرة، والتخصص الطبي ،ومكان التخرج أو الحصول على شهادة الاختصاص دوراً في تشكيل هذا الدخل .

-أظهرت الدراسة أن خريجي الجامعات الغربية، هم من أصحاب التخصصات النادرة والجديدة التي يحتاجها القطاع ، خاصة في مجال جراحة الأعصاب ، وأمراض القلب ، والطب النووي ، وجراحة المنظار، حيث يعاني القطاع الطبي من ندرة نسبية في تلك التخصصات . وبينت الدراسة أن توزيع الأطباء العاملين في القطاع حسب التخصص الطبي كان كما يلي:

- الطب العام بنسبة بلغت (25.3%) .
- جراحة المنظار بنسبة (9.9%) .
- الأمراض الباطنية بنسبة (13.8%) .
- النسائية والتوليد والأطفال بنسبة (16.1%) .
- العظام والمفاصل بنسبة (4.6%) .
- أمراض القلب بنسبة (4.6%) .
- أمراض العيون بنسبة (4.6%) .
- أمراض الأعصاب بنسبة (3.3%) .
- أخرى (الصدرية ، الأشعة ، الأسنان ، المختبرات ، الأنف والأذن والحنجرة) كانت بنسبة (25.3%) .

-شكل الاستثمار في الموارد الطبية البشرية ، عاملاً فاعلاً في التأثير على حجم الطلب الخارجي ، حيث بينت الدراسة أن عائد الاستثمار في سمعة الأطباء العاملين من خلال قيمة معامل التأثير **(B)** بلغ **(0.063)** ، وهذا ينعكس بشكل واضح على سمعة الكوادر الطبية العاملة في القطاع ، وتحسين سمعة القطاع الطبي عموماً .

7- المظهر المادي للخدمة العلاجية الأردنية ، ودوره في استقطاب المرضى الأجانب :

-شكلت المباني والمنافع الطبية الثابتة على نسبة كبيرة من مجمل رؤوس الأموال المستثمرة في القطاع ، وكان دافع الاهتمام بالشكل والتكوين المادي للمستشفى ،كونه عنصر من محددات طلب المرضى الأجانب على العلاج في هذا المستشفى ، بجانب الاستثمار في المعدات والأجهزة الطبية . وبلغ مضاعف الاستثمار لهذين النوعين من الاستثمارات حسب قيمة معامل التأثير **(B)** نحو **(0.046-)** و**(0.0685)** على التوالي . وفي هذا إشارة واضحة لما جاءت به الدراسات المختلفة من أن

الاستثمار في الأجهزة والمعدات الطبية ، يؤثر بشكل واضح على الجوانب الربحية للمستشفى ، كما يهتم بتطوير وتوسيع القاعدة الإنتاجية له (Arab Bank Center for Scientific Research , 2001).

-أظهرت الدراسة أن المعدات الطبية الحديثة ، والأدوية ، وسمعة الأطباء العاملين في المستشفى ، ونوعية الخدمة العلاجية ، كان لهه أكبر الأثر في زيادة نصيب المستشفيات من الطلب الخارجي المتاح .

-بينت الدراسة وجود علاقة إيجابية بين زيادة التكنولوجيا الطبية وامتلاك المخزون الكافي منه (الأجهزة والمعدات الطبية الحديثة) ، مع زيادة قدرة المستشفى على جذب الطلب الخارجي ، وكذلك تحقيق معدلات عالية من الأرباح . فتبين الدراسة أن نحو (92.3%) من المستشفيات تنفق على الاستثمار والتطوير أقل من (3%) كنسبة من مجمل إيراداتها السنوية ، كما بينت أن (69.2%) من تلك المستشفيات تحقق نسبة ربح أقل من (5%) ، وهذا يعني وجود علاقة إيجابية قوية بين تطوير وتحديث المعدات والأجهزة الطبية، وبين زيادة معدلات الأرباح في المستشفى .

-بينت الدراسات المختلفة أن نفقات صيانة وتحديث المباني والأجهزة الطبية ، هي استثمار مستقبلي يحمل عائداً ، ويتمثل هذا العائد في الاستمرار في السوق ، والنمو، والربح (Alonso & Others , 1990). لكن بينت نتائج هذه الدراسة أن المستشفيات الأردنية تعاني من نقص حاد في جانب الإنفاق على تحديث المباني والأجهزة الطبية ، التي لا تكاد تشكل سوى نسبة ضئيلة من مجمل الإنفاق الرأسمالي . كما فشلت المستشفيات المحلية في جانب تقديم الخدمات العلاجية في منتجعات طبية استشفائية ، تمزج بين العلاج والاستجمام للمرضى الذين يحتاجون ذلك .

-بينت الدراسة أن (84.5%) من المستشفيات حققت إيرادات مالية فعلية من الطلب الخارجي خلال السنوات السابقة تقل عن(5) مليون دولار،كما بينت أن (89.5%) من تلك المستشفيات من المتوقع أن تحقق إيرادات مالية من الطلب الخارجي في هذا العام تقل عن (5) مليون دولار . ومن هنا يرى الباحث أن الأرقام الفعلية والمتوقعة تبين ما يلي :

1-حفظ المستشفيات في الإفصاح عن توقعاتها المالية السابقة والمستقبلية ، وهذا أمر جائز فسرته الدراسة لكونه من أسرار وخصوصيات العمل في المستشفيات.

2-أن تساوي الإيرادات السابقة والمستقبلية يدل على ثبات حجم المرضى الوافدين للعلاج في المستقبل أو ثبات تكاليفه ، وهذا أمر غير جائز لأن التقديرات الحقيقية تبين وجود معدل نمو قوي من الطلب الخارجي قد يحصل خلال العام الحالي والأعوام القادمة ، وهذا ما لم تظهره تقديرات الطلب التي بينتها المستشفيات . فبناءاً على تلك التقديرات فإن مجمل الطلب الحقيقي

المتوقع خلال العام القادم سيصل إلى (26.8) ألف مريض ، وهذا الرقم لا يشكل أكثر من (27%) من مجمل الطلب الفعلي لعام 2004 .

-حققت (69.5%) من المستشفيات متوسط للأرباح المتحققة من الطلب الخارجي على خدماتها العلاجية تراوح بين (1% -5%) كنسبة من مجمل إيراداتها السنوية ، فيما حققت المستشفيات الأربعة الكبرى متوسطاً يفوق (5%) . وهذه النتيجة تفسر قدرة المستشفيات الكبيرة على زيادة إيراداتها التشغيلية جراء الاستثمار،وعلى العكس تماماً فإن انخفاض معدلات الربحية في المستشفيات الصغيرة والمتوسطة يقلل من فرص التوسع والتطور، ويجعلها عرضة أكثر للمشاكل المالية ومواجهةً مع الدائنين .

-بينت الدراسة أن الأدوية تباع للمرضى الأجانب بأسعار مرتفعة، رغم أن تكلفتها لا تزيد عن (10%) من سعر بيعها الأصلي. كما بينت أن تلك الأدوية حققت عائداً يصل إلى (11.8%) ، وهذا ما لم تبينه الدراسات السابقة من أن ارتفاع فاتورة علاج المرضى الأجانب ، تعزى في جزء كبير منها إلى ارتفاع أسعار الأدوية، رغم أن تلك الأدوية في معظمها ذات منشأ محلي وتباع في الأسواق المستهدفة بأسعار رخيصة نسبياً ، فيما تباع الأدوية ذات المنشأ الأجنبي بأسعار أعلى بكثير.

-سجلت المتغيرات التابعة في الدراسة ، فروقات واضحة في تأثيرها على المستشفيات العاملة وفقاً لحجم المستشفى، فنجد أن نصيب المستشفى من الطلب الأجنبي ، ومستوى أرباحه ومبيعاته ، وتحقيقه لمكانة مميزة في السوق الخارجي، ودخوله لأسواق خارجية جديدة كانت لصالح المستشفيات الكبيرة على حساب الصغيرة والمتوسطة ، فيما سجلت الأخيرة فروقات لصالحها بمحاولتها الحفاظ على نفس مستوى الأداء السابق .

8- السياسات الحكومية الرسمية في الأردن ، المؤثرة في عملية تقديم الخدمة العلاجية للمرضى الأجانب :

-وجود علاقة ارتباط ضعيفة بين تنمية الطلب الخارجي على الخدمات العلاجية المحلية ، والسياسات الحكومية المتعلقة بتقديم الخدمة العلاجية، وكان هذا الضعف مع مجموعة من المتغيرات الرئيسية التي يعتقد تأثيرها على المتغير التابع ،مثل الحوافر الاستثمارية المقدمة لقطاع السياحة العلاجية . فقد ذكرنا سابقاً أن الإجراءات الحكومية في هذا المجال، ما زالت غير كافية لجذب الاستثمارات الطبية المتخصصة ، وذلك لأسباب تتعلق بعدم وضوح التشريعات التي تحقق له

خصوصيته عن بقية القطاعات . وانخفاض العائد على الاستثمار في القطاع ، فقد بينت الدراسة وصوله إلى أقل من (5%) لنحو (76.5%) من المستشفيات العاملة ، وهذا يعني من الناحية الاقتصادية والمالية طول فترة استرداد رأس المال **Payback Period** وتأكله عبر الزمن ، وعدم جدواه من الناحيتين الاقتصادية والزمنية. كما وجد أن الاستثمار الطبي وإنشاء المستشفيات والوحدات الطبية الأردنية في الأسواق المستهدفة ، له دور كبير في زيادة انتشار الخدمة العلاجية المحلية في الخارج ، كونه يقلل من التكاليف التي قد يتحملها المريض الوافد،وتطبيقاً لمبدأ خدمة المريض في مكان إقامته .

-أظهرت الدراسة أن هناك ضعف واضح في التشريعات الخاصة بتنظيم قدوم المرضى الأجانب إلى الأردن خاصة للمرضى العراقيين كإجراءات الإقامة ؛ فالمريض قد يستمر لفترات أطول من مدة الإقامة المسموح فيها قانوناً .

-وجد أن هناك ضعف واضح في التنسيق بين الجهات الحكومية المسئولة عن قطاع السياحة العلاجية وتشتت الجهود الرسمية فيما بينها من حيث : الترويج ،وتنظيم وإدارة القطاع والعاملين فيه، وسياسات الأجور والحوافز المقدمة لهم. فكل مؤسسة في القطاع مثل وزارة الخارجية ، ووزارة الصحة ، ووزارة الداخلية ، ووزارة السياحة، جميعها مستقلة عن بعضها في الصلاحيات والواجبات الممنوحة لها .

-وجود ضعف واضح في المسئولية الحكومية المتعلقة بترويج السياحة العلاجية ، وما يتعلق بها من إدارة و تنظيم وتخطيط و إنفاق، كما وجد أن هناك نقص في خطط التسويق ، وتشتتها بشكل واضح بين الجهات المسئولة عن الترويج السياحي في الأردن. ويفسر الباحث ذلك النتيجة بأن حصر مسؤولية الترويج السياحي في هيئة تنشيط السياحة، جعلها غير قادرة على التمييز بين احتياجات ومستلزمات كل قطاع .كما أن إنشاء مديرية السياحة الطبية العلاجية ساهم أكثر في تشويه عملية الترويج الطبي بدلاً من تحسينها ، لأن العاملون في هذه المديرية يتسمون بطابع طبي فني ، وبشكل يجعلهم غير قادرين من الناحية التسويقية، على التعامل من الترويج السياحي ، كوظيفة تسويقية لها متطلباتها ومستلزماتها المختلفة .

-أظهرت الدراسة أن ضعف الجهات المسئولة في تحديد السعر ، وعدم وجود هيئات رقابية تكفل تطبيق الأسعار المعلنة ، كان لهما أكبر الأثر في زيادة تذمر المرضى الأجانب . فوجود سلطة مركزية ممثلة بوزارة الصحة تعنى بتحديد الأسعار، من شأنه أن يلغي أثر المنافسة السعرية في القطاع ، ويهمل الأثر التسويقي المتعلق بهذا الجانب ، وبالتالي فإن المستشفيات الكبيرة يجب أن لا

تعامل على نفس درجة أهمية المستشفيات الصغيرة أو المتوسطة، بل يجب ترك تحديد السعر لقوى السوق ودعم ذلك باستخدام المعايير الدولية المعتمدة لتصنيف المستشفيات العاملة في السوق ، ووضع معايير لتصنيف وضبط جودة الخدمات العلاجية المباعة ، والتي قد تقود إلى تحديد سعر حقيقي عادل تباع به الخدمة العلاجية ، و يأخذ هذا السعر بالاعتبار حجم المستشفى وإمكاناته العلاجية ، وجودة خدماته العلاجية المباعة .

-يمكن القول عموماً ، أن السياسات الحكومية المتعلقة بتنظيم قطاع السياحة العلاجية المعمول بها حالياً في الأردن ، تتسم بالضعف والتشتت وعدم القدرة على تطوير القطاع وتحسين مستواه ، ومن هنا فإن الحاجة الماسة إلى إيجاد تشريعات حكومية على مختلف الأصعدة وفي كافة مجالات السياحة العلاجية سيكون لها دور فاعل في هذا المجال .

الفصل الخامس

المضامين التسويقية والتوصيات

1.5 المضامين التسويقية

خلصت الدراسة من خلال النتائج التي تم التوصل إليها، إلى عدد من المضامين كما يلي:

1.1.5 نصيب المستشفيات من الطلب الخارجي المتاح

توصلت الدراسة إلى تحديد المتغيرات ، التي تؤثر على نصيب المستشفيات من إجمالي الطلب الخارجي على خدماتها العلاجية :

أ. أسعار بيع الخدمة العلاجية :

-إن المستشفيات التي تلتزم بقوائم الأسعار المعلنة عن خدماتها العلاجية ، وتقدم خصومات وتسهيلات سعرية للمرضى الأجانب ، هي الأكثر قدرة على جذب الطلب الخارجي .

-إن المستشفيات التي تقدم إجراءات وفحوصات تشخيصية واضحة للمرضى ، وتتبع سياسات معتدلة في تسعير الأدوية هي الأقدر على جذب الطلب الخارجي .

-تنطبق تلك النتائج على جميع المستشفيات المدروسة ، وإن كانت تميل لصالح الكبيرة منها .

ب. ترويج الخدمات العلاجية :

-إن المستشفيات التي يوجد بها قسم متخصص لتسويق الخدمات العلاجية ،هي الأقدر على اختراق الأسواق الخارجية ، و توسيع حجم الطلب على خدماتها .

-إن المستشفيات التي تركز على تنويع طرق الترويج في الأسواق المختلفة، وتصمم التقنيات الترويجية المناسبة لكل منها ، مهم جدا في زيادة حصة المستشفى في أذهان المرضى الأجانب .

-إن التركيز على استخدام طرق الترويج القائم على التخفيضات والعروض السعرية ، له دور بارز في التأثير على تشكيل القرار الشرائي للمريض الوافد .

-التركيز على كلمة الفم المنقولة في الأسواق المستهدفة، أفضل من استخدام الطرق الترويجية الأخرى ، كما أنها أقل تكلفة .

- تنطبق النتائج على جميع المستشفيات المدروسة على اختلاف أحجامها .

ج. توزيع الخدمة العلاجية :

-التركيز على إبرام الاتفاقيات الطبية الثنائية مع المستشفيات الأجنبية في الأسواق المستهدفة، لانخفاض تكلفتها النسبية، من أسرع الطرق وأسهلها في إيصال الخدمة العلاجية للأسواق الخارجية.

-تنطبق هذه النتائج على جميع المستشفيات المدروسة،وإن كانت في صالح المستشفيات الكبيرة أكثر.

د. خصائص المرضى القادمين للعلاج :

-التركيز على تقديم خدمات علاجية متنوعة للمرضى الأجانب من الأطفال والشباب و كبار السن ، وللذكور والإناث، المتزوجون منهم وغير المتزوجون، تظهر تحسناً في زيادة نصيب المستشفيات المحلية من الطلب الخارجي .

-التركيز على سياسة التسويق الكبير **Mass Marketing** ،من شأنها تعظيم عدد الأسواق التي تستهلك الخدمة العلاجية المحلية ، والوصول إلي شريحة واسعة من قطاعات الطلب الخارجي .

-التركيز على المرضى الذين يشترون الخدمة العلاجية لأكثر من مرة أو لفترات طويلة، يعني ضمناً حاجة المستشفى لتعميق مفهوم تسويق العلاقات المربحة طويلة الأجل معهم **Relationship Marketing** .

-هذه النتائج تنطبق على جميع المستشفيات المدروسة، وإن كانت لصالح المستشفيات الكبيرة أكثر.

هـ. المظهر المادي للخدمة العلاجية :

-إن المستشفيات التي تركز على فخامة التكوين المادي في المباني والمرافق الطبية،وتوفر الأجهزة والمعدات الطبية المناسبة ، هي الأكثر قدرة على جذب الطلب الخارجي.

وفقاً لنتائج الانحدار المتدرج للمتغيرات الرئيسية والفرعية، منها حاول الباحث وضع نموذج مقترح لزيادة نصيب المستشفيات من إجمالي الطلب الخارجي المتاح يقوم على المتغيرات التالية :

الشكل رقم (2)

نموذج مقترح من الباحث لزيادة نصيب المستشفيات من إجمالي الطلب الخارجي المتاح



2.1.5 مبيعات المستشفيات من الخدمات العلاجية

توصلت الدراسة إلى تحديد مجموعة من المتغيرات التي ، تؤثر على نصيب المستشفيات من إجمالي الطلب الخارجي على خدماتها العلاجية:

أ. خصائص الخدمة العلاجية :

-إن المستشفيات التي تهتم بنظافة المباني ، والمرافق الطبية الداخلية ، هي الأكثر قدرة على بيع خدماتها العلاجية .

-إن تركيز المستشفيات على خدمات ما قبل العلاج مثل سرعة الحجز ، وسهولة جدولة المواعيد ، من شأنها زيادة مستوى الطلب الخارجي وحجم المبيعات من الخدمة العلاجية.

-إن نوعية الخدمة العلاجية المقدمة ووجود معايير تحكمها ، من أهم الأسباب التي تزيد من مبيعات من الخدمات العلاجية .

ب .أسعار بيع الخدمة العلاجية :

-إن المستشفيات التي تركز على بيع الخدمات العلاجية ، وخدمات الطعام والنوم بأسعار مرتفعة ، يزيد من حجم الأرباح في المدى القصير ، لكنه يخفض من حجم المبيعات على المدى الطويل .

-إن الاستمرار في فرض أسعار بيع مرتفعة على الخدمات العلاجية المحلية ، مقارنة بالدول المنافسة ، فهذا يعني أن المستشفيات المحلية أكثر قدرة على تحقيق الأرباح ، ولكنها أكثر عرضة للخروج من السوق بسرعة ، حالما وجد البديل الأقل سعراً .

-إن المستشفيات التي تركز على سياسات سعرية معتدلة في بيع خدماتها العلاجية ، الأكثر قدرة على تحقيق أرباح إضافية ، و دخول أسواق جديدة .

ج. ترويج الخدمة العلاجية :

-إن المستشفيات التي يوجد بها قسم متخصص لتسويق الخدمات العلاجية ، هي الأقدر على اختراق الأسواق الخارجية ، و توسيع حجم الطلب على خدماتها .

-إن المستشفيات التي تعتبر الترويج كجزء من الاستثمار في المستشفى ، هي الأكثر قدرة على تحقيق مستوى مرتفع من المبيعات .

-إن المستشفيات التي تركز على تشغيل عمالة متخصصة في تسويق خدماتها العلاجية ، فهي الأكثر قدرة على استخدام طرق الترويج الحديث ، وفهم متطلبات المريض واحتياجاته بسرعة .

-التركيز على كلمة الفم المنقولة في الأسواق المستهدفة ، أفضل من استخدام الطرق الترويجية الأخرى ، وأقلها تكلفة .

-تنطبق النتائج على جميع المستشفيات المدروسة على اختلاف أحجامها .

د. توزيع الخدمة العلاجية : فالمستشفيات التي تركز على توزيع خدماتها العلاجية ، عن طريق الاتفاقيات والبروتوكولات الثنائية ، له دور مهم في توسيع قاعدة الطلب الخارجي ، وزيادة حجم مبيعاتها من الخدمات العلاجية .

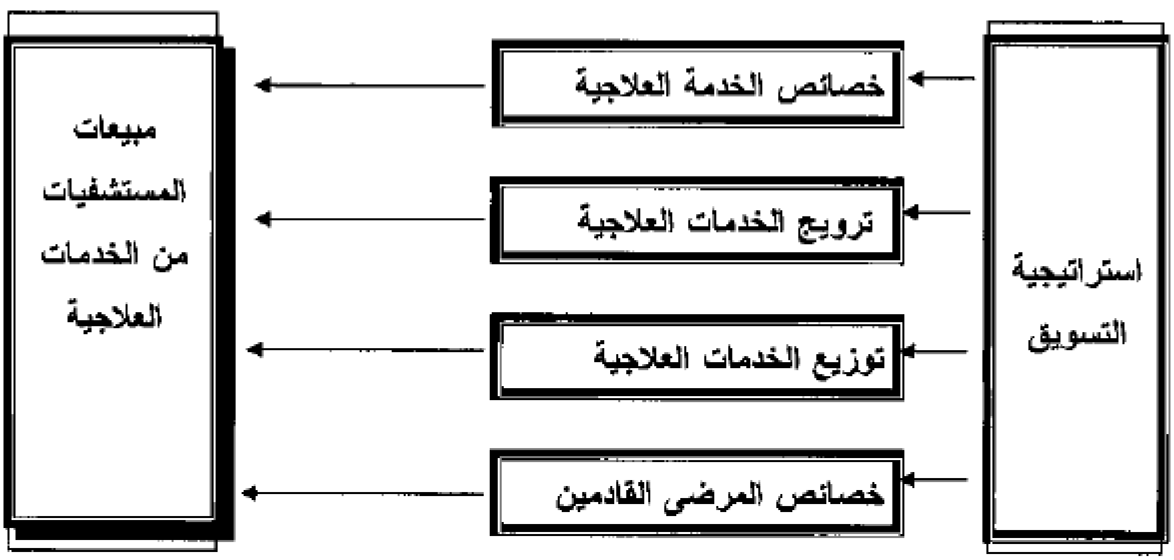
هـ . المظهر المادي للخدمة العلاجية :

-إن المستشفيات التي تركز على تحديث وتطوير معداتها وأصولها الملموسة، يعطيها قدرة أكبر على البقاء والنمو في السوق .

وفقاً لنتائج اختبار الفرضيات والانحدار المتدرج للمتغيرات الرئيسية ، منها حاول الباحث وضع نموذج مقترح لزيادة مبيعات المستشفيات من الخدمات العلاجية ، يقوم على المتغيرات التالية :

الشكل رقم (3)

نموذج مقترح من الباحث لزيادة مبيعات المستشفيات من الخدمات العلاجية



3.1.5 تحقيق مكانة مميزة في السوق

توصلت الدراسة إلى مجموعة من لمتغيرات ، التي يعتقد تأثيرها على تحقيق مكانة مميزة للمستشفى في السوق الخارجي :

أ.أسعار بيع الخدمات العلاجية :

-إن المستشفيات التي تركز على بيع الخدمات العلاجية ، وخدمات الطعام والنوم بأسعار مرتفعة ، سيزيد من حجم أرباحها في المدى القصير ، لكن ستنخفض حجم المبيعات على المدى الطويل .

-إن الاستمرار في فرض أسعار مرتفعة لبيع الخدمات العلاجية ، مقارنة بالدول المنافسة ، يعني أن المستشفيات المحلية أكثر قدرة على تحقيق الأرباح ، لكنها أكثر عرضة للخروج من السوق بسرعة ، حالما وجد البديل الأقل سعراً .

ب-توزيع الخدمات العلاجية : من خلال الاتفاقيات والبرتوكولات العلاجية ، ومؤسسات التسويق العاملة في السوق المستهدف ، والمستشفيات وعيادات الأطباء في الأسواق المستهدفة.

ج. خصائص المرضى القادمين :

-إن المستشفيات التي تركز على تسويق الخدمة العلاجية في الأسواق مرتفعة الدخل مثل السعودية، أو تلك التي تتحمل الدولة فيها تكاليف العلاج كفلسطين واليمن ، هي الأكثر قدرة في التأثير على مبيعاتها من الخدمات العلاجية .

-إن المستشفيات التي تركز على توفير حزم سياحية للمرضى الأجانب ، ولمرافقيهم من أفراد الأسرة والأصدقاء ، هي الأكثر قدرة على زيادة مبيعاتها .

-إن المستشفيات التي تركز على الأسواق الفقيرة في خدماتها العلاجية ، هي الأكثر قدرة زيادة مبيعاتها من الخدمات العلاجية .

-تنطبق تلك النتائج على جميع المستشفيات المدروسة ، وإن كانت تصب في صالح المستشفيات الكبيرة الحجم .

د.المظهر المادية للخدمة العلاجية :

-إن المستشفيات التي تهتم بالتصميم المادي للمستشفى ، ومرافقه الطبية ، هي الأكثر قدرة على تحقيق مكانة مميزة داخل السوق الخارجي .

-تنطبق النتائج على جميع المستشفيات المدروسة ، وإن كانت لصالح المستشفيات الكبيرة أكثر .

وفقاً لنتائج اختبار الفرضيات والانحدار المتدرج للمتغيرات الرئيسية ، منها حاول الباحث وضع نموذج مقترح لتحقيق مكانة مميزة في السوق المستهدف ، قائم على المتغيرات التالية :

الشكل رقم (4)

نموذج مقترح من الباحث لتحقيق مكانة متميزة في السوق المستهدف



4.1.5 دخول أسواق خارجية جديدة

توصلت الدراسة إلى مجموعة من المتغيرات ، التي يعتقد تأثيرها على قدرة المستشفيات المحلية على دخول أسواق خارجية جديدة :

أ. . خصائص الخدمات العلاجية :

-إن المستشفيات التي تهتم بعناصر النظافة في المباني ، والمرافق الطبية الداخلية ، هي الأكثر قدرة على دخول أسواق خارجية جديدة .

-إن تركيز المستشفيات على خدمات ما قبل العلاج مثل سرعة الحجز ، وسهولة جدولة المواعيد ، سيعمل على زيادة مستوى الطلب الخارجي وحجم مبيعات الخدمة العلاجية.

-تنطبق تلك النتائج على جميع المستشفيات المدروسة .

ب . أسعار بيع الخدمات العلاجية :

-إن المستشفيات التي يوجد بها قسم متخصص لتسويق الخدمات العلاجية ، هي الأقدر على اختراق الأسواق الخارجية ، و توسيع حجم الطلب على خدماتها .

-إن المستشفيات التي تعتبر أن الترويج هو جزء من الاستثمار في المستشفى ، هي الأكثر قدرة على تحقيق مستوى عالي من المبيعات في أسواق جديدة .

-إن المستشفيات التي توفر عمالة متخصصة في تسويق خدماتها العلاجية ، هي الأكثر قدرة فهم متطلبات المريض واحتياجاته .

-تنطبق النتائج على جميع المستشفيات المدروسة على اختلاف أحجامها .

ج. ترويج الخدمة العلاجية :

-إن المستشفيات التي يوجد بها قسم متخصص لتسويق الخدمات العلاجية ، هي الأقدر على اختراق الأسواق الخارجية ، و توسيع حجم الطلب على خدماتها .

-إن المستشفيات التي تركز على التسويق الماهر لخدماتها العلاجية ، هي الأكثر قدرة على تحقيق الدخول لأسواق خارجية جديدة .

-تنطبق النتائج على جميع المستشفيات المدروسة على اختلاف أحجامها .

د . توزيع الخدمات العلاجية : من خلال الاتفاقيات والبرتوكولات العلاجية ، ومؤسسات التسويق العاملة في السوق المستهدف ، والمستشفيات وعيادات الأطباء في الأسواق المستهدفة.

هـ . خصائص المرضى القادمين للعلاج :

-إن المستشفيات التي تتبنى سياسة تقديم خدمات علاجية متنوعة لكافة الشرائح الاجتماعية ، و المستويات التعليمية ،هي الأكثر قدرة على دخول أسواق خارجية جديدة .

-تنطبق هذه النتائج على جميع المستشفيات ، وإن كانت لصالح المستشفيات الكبيرة أكثر.

و .خصائص الكوادر الطبية المعالجة :

-إن المستشفيات التي تركز على العمالة الطبية من كلا الجنسين لديها ، يعني قدرتها على توفير خيارات للمريض ، فمثلاً بعض المرضى الإناث يفضلون العلاج على أيدي أطباء إناث ، وهذا يعطي تلك المستشفيات قدرة أكبر على دخول أسواق خارجية جديدة .

-إن المستشفيات التي تركز على سمعة الكوادر الطبية المعالجة ، وخبراتهم الطبية ، وتأهيلهم وتدريبهم بشكل مستمر ، هي الأقدر على دخول أسواق خارجية جديدة .

ز . المظهر المادي للخدمة العلاجية :

-إن المستشفيات التي تركز على استخدام المعدات الحديثة لحفظ أسرار المرضى ، هي الأكثر قدرة على تدعيم مكانتها في السوق الخارجي .

–إن التركيز على تقديم خدمات علاجية بمواصفات عالية الجودة ، يؤثر بشكل فاعل دخول تلك المستشفيات إلى أسواق خارجية جديدة .

–إن المستشفيات التي تقوم بالإنفاق على تحديث وتطوير معداتها وأصولها ، يضمن قدرتها على البقاء في السوق .

ح.السياسات الحكومية :

–إن حزمة الحوافز الاستثمارية المقدمة لقطاع السياحة العلاجية ، والإجراءات الحكومية، وضعف التنسيق بين المؤسسات الحكومية والقطاع الخاص في مجال ترويج الخدمات العلاجية ، تؤثر بشكل واضح على دخول المستشفيات المحلية للأسواق الخارجية .

وفقاً لنتائج اختبار الفرضيات والانحدار المتدرج للمتغيرات الرئيسية ، منها حاول الباحث وضع نموذج مقترح لزيادة مبيعات المستشفيات من الخدمات العلاجية ، يقوم على المتغيرات التالية:

الشكل رقم (5)

نموذج مقترح من الباحث لدخول أسواق خارجية جديدة



5.1.5 أرباح المستشفيات من الطلب الخارجي

توصلت الدراسة إلى مجموعة من المتغيرات ، التي يعتقد تأثيرها على أرباح المستشفيات من الطلب الخارجي على الخدمات العلاجية المحلية :

أ. خصائص الخدمة العلاجية :

- التركيز على تحقيق رضا المريض من خلال توفير مجموعة الخدمات غير العلاجية ، مثل الحجز الإلكتروني ، وتشخيص المريض قبل قدومه للعلاج ، والنقل الطبي ، ونظافة الطعام، وغرف المرضى ، وإجراءات وفحوصات تشخيص واضحة للمرضى .

ب. أسعار بيع الخدمة العلاجية :

-إن المستشفيات التي تركز على بيع الخدمات العلاجية ، وخدمات الطعام والنوم بأسعار مرتفعة ، سيزيد من حجم أرباحها في المدى القصير ، لكن سينخفض حجم المبيعات على المدى الطويل .

-إن الاستمرار في فرض أسعار بيع خدمات علاجية ، مرتفعة مقارنة بالدول المنافسة ، يعني أن المستشفيات المحلية أكثر قدرة على تحقيق الأرباح ، ولكنها أكثر عرضة للخروج من السوق بسرعة ، حالما وجد البديل الأقل سعراً .

-إن المستشفيات التي تركز على سياسات سعرية معتدلة في بيع خدماتها العلاجية ، الأكثر قدرة على تحقيق أرباح إضافية ، و دخول أسواق جديدة .

-تنطبق هذه النتائج على جميع المستشفيات المدروسة .

ج. ترويج الخدمات العلاجية :

-المستشفيات التي تركز على الأسواق ذات الدخل المرتفع،هي الأقدر على تحقيق أرباح عالية .

-إن التركيز على استخدام التقنيات السعرية في ترويج الخدمة العلاجية ،يقلل من أرباح المستشفيات في المدى القصير ، لكنه يزيد من حجم المبيعات وحجم الأرباح على المدى الطويل.

-إن المستشفيات التي تركز على نسب عالية من الربحية ، هي التي يوجد فيها أقسام لتسويق الخدمة العلاجية .

-إن المستشفيات التي تركز على تبني حزم واسعة من طرق الترويج ، وزيادة في حجم الإنفاق ، هي الأقدر على ترويج الخدمات العلاجية المتميزة ، وزيادة معدلات أرباحها .

-تنطبق النتائج السابقة على جميع المستشفيات المدروسة .

د. توزيع الخدمات العلاجية :

-إن المستشفيات التي تركز على مؤسسات التسويق العاملة في السوق المستهدف ، وعلى اتفاقيات وبروتوكولات التعاون الطبي الثنائية ، الأكثر تحقيقاً للأرباح .

-تنطبق تلك النتائج على حالة المستشفيات الكبيرة أكثر من الصغيرة والمتوسطة .

هــ. خصائص المرضى القادمين :

-إن تركيز المستشفيات على المرضى الذين تتطلب حالتهم العلاج لفترات طويلة نسبياً ، أو تكرار شراء الخدمة العلاجية لأكثر من مرة ، سيزيد من قدرتها على توليد الأرباح من الطلب الخارجي .

و. خصائص الكوادر الطبية المعالجة :

-إن المستشفيات التي تركز على سمعة الكوادر الطبية المعالجة ، وخبراتهم الطبية ، وتأهيلهم وتدريبهم المستمر ، هي الأقدر على دخول أسواق خارجية جديدة .

-تنطبق هذه النتيجة على جميع المستشفيات المدروسة على اختلاف حجمها .

د. المظهر المادي للخدمة العلاجية :

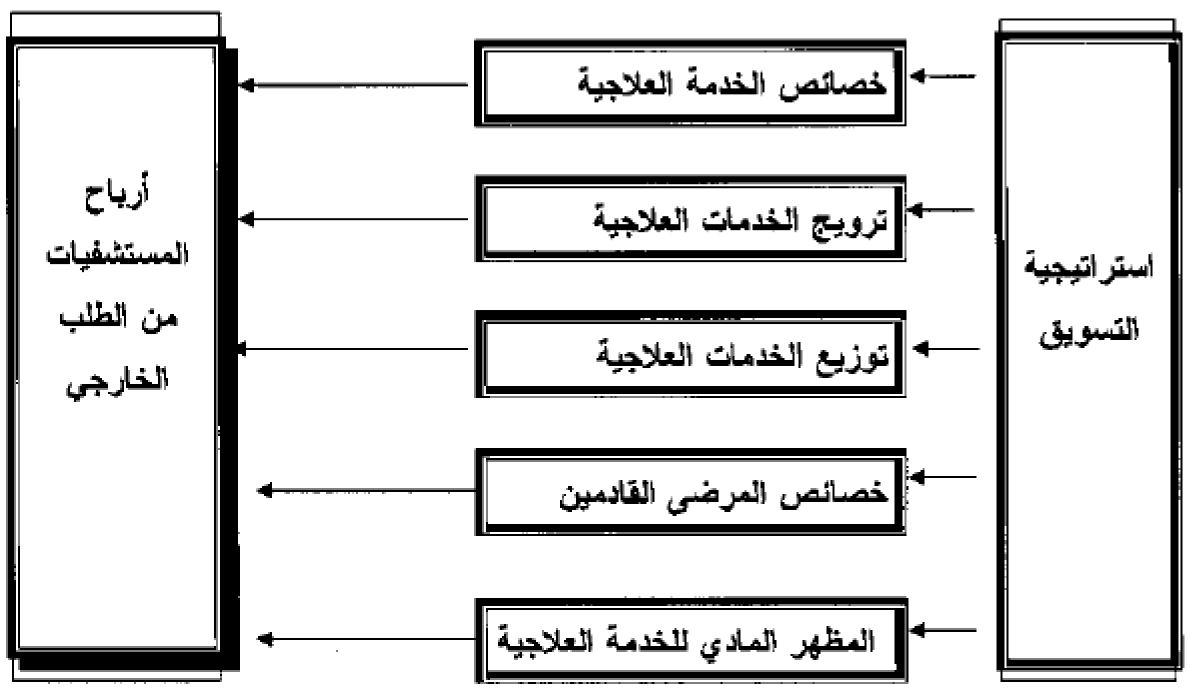
-إن المستشفيات التي تنفق على تحديث وتطوير معداتها ، يضمن قدرتها على البقاء في السوق .

-تنطبق هذه النتيجة على جميع المستشفيات المدروسة .

وفقاً لنتائج اختبار الفرضيات والانحدار المتدرج للمتغيرات الرئيسية ،منها حاول الباحث وضع نموذج مقترح لزيادة مبيعات المستشفيات من الخدمات العلاجية ، يقوم على المتغيرات التالية:

الشكل رقم (6)

نموذج مقترح من الباحث لزيادة أرباح المستشفيات من الطلب الخارجي



6.1.5 الحفاظ على نفس المستوى السابق من الأداء

توصلت الدراسة إلى مجموعة من المتغيرات ، التي يعتقد تأثيرها على ثبات مستوى الأداء:

أ. ترويج الخدمات العلاجية :

-إن المستشفيات التي تركز على إيجاد دوائر أو أقسام بداخلها لتسويق خدماتها العلاجية ، هي الأكثر قدرة على الحفاظ على نفس المستوى من الأداء .

-تنطبق النتائج السابقة على المستشفيات المتوسطة والصغيرة المدروسة .

ب. توزيع الخدمات العلاجية :

-إن المستشفيات التي تركز على اتفاقيات وبروتوكولات التعاون الطبي الثنائية ، الأكثر حفاظاً على مستوى ثابت من الأداء عبر الزمن .

-تنطبق تلك النتائج على حالة المستشفيات الكبيرة أكثر من الصغيرة والمتوسطة .

ج. خصائص المرضى القادمين :

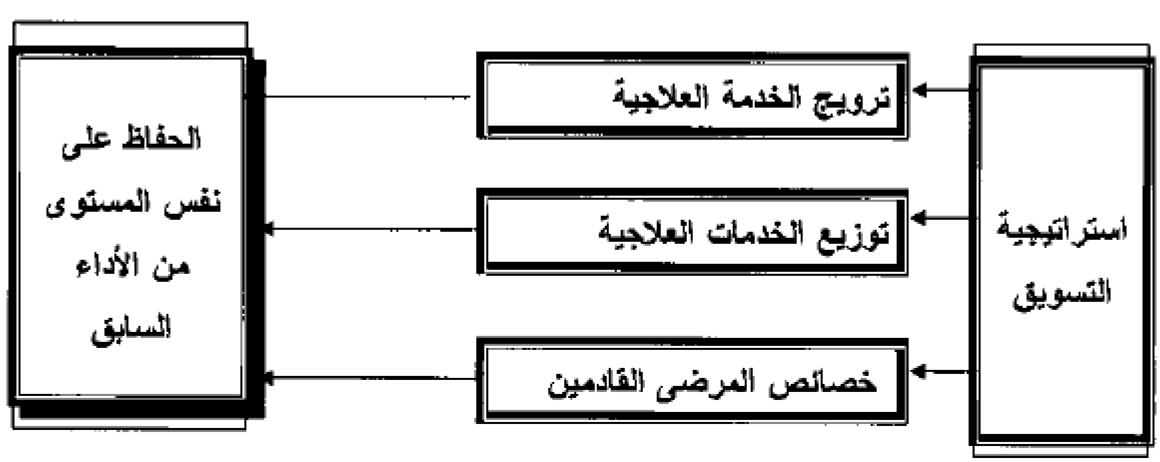
-إن المستشفيات على تركز على مشترين الخدمة العلاجية لأكثر من مرة ، أو ممن يتميزون بالدخل المرتفع ، فهي بذلك الأكثر قدرة على الحفاظ على نفس المستوى من الأداء .

-تنطبق على جميع المستشفيات ، وإن كانت لصالح الصغيرة على حساب الكبيرة منها.

وفقاً لنتائج اختبار الفرضيات والانحدار المتدرج للمتغيرات الرئيسية ، منها حاول الباحث وضع نموذج مقترح للمستشفيات التي ترغب الحفاظ على نفس المستوى السابق من الأداء ، يقوم على المتغيرات التالية :

الشكل رقم (7)

نموذج مقترح من الباحث للحفاظ على نفس مستوى الأداء السابق



اعتماداً على ما سبق ، وبعد اختبار فرضيات الدراسة القائمة على النموذج النظري الذي تم إعداده في مقترح الرسالة الأولي ، فإن الباحث يرى أن ذلك النموذج يختلف عن النموذج الفعلي القائم على نتائج اختبار الفرضيات ، في مجموعة من النقاط نبرزها فيما يلي :

-عدم وجود أثر للسياسات الحكومية المتعلقة بتنظيم وإدارة قطاع السياحة العلاجية في الأردن، وهذا يعني ضرورة حذفها من النموذج النهائي للدراسة .

-عدم تأثير بعض خصائص المرضى القادمين للعلاج في الأردن ، فحذفها من النموذج لن يؤثر على نتائج الدراسة مثل العمر ، المستوى التعليمي .

-عدم تأثير معظم خصائص الكوادر الطبية المعالجة ، وهذا يعني أن النموذج النهائي للدراسة قد لا يتضمنها مثل متوسط الدخل .

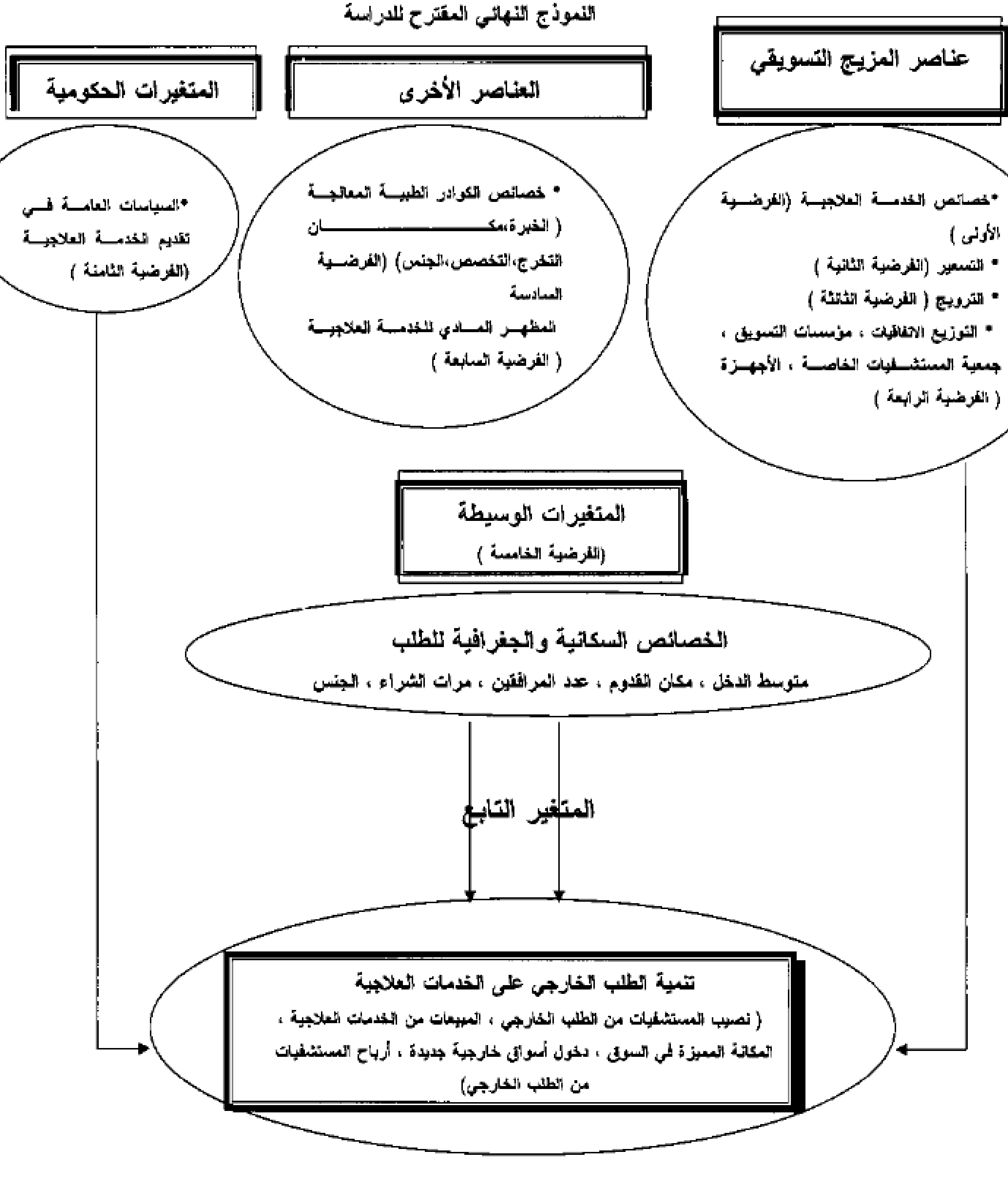
-أن إيصال الخدمة العلاجية للأسواق المستهدفة باستخدام الاتفاقيات والبروتوكولات الطبية، ليست الطريقة الوحيدة التي يمكن استخدامها في هذا المجال ، وإنما يجب إضافة طرق أخرى في الفرضية الرئيسية ودراستها بنوع أكثر من التفصيل .

-في ظل التطور والنمو الذي يشهده القطاع الطبي في الأردن ، فإنه يصبح معه الصعوبة بمكان الحفاظ على نفس مستويات الأداء المتحققة في سنوات سابقة ، وتجاهل معاملات ومتغيرات النمو ، لذا فإن حذف هذا المتغير الفرعي التابع لن يؤثر على نتائج الدراسة بشكل جوهري .

وهنا يصبح النموذج النهائي للدراسة على الشكل الآتي :

الشكل رقم (8)

النموذج النهائي المقترح للدراسة



2.5 التخطيط الاستراتيجي لقطاع السياحة العلاجية في الأردن

في ضوء النتائج التي تم التوصل إليها سابقاً ، سنحاول في هذا الجزء صياغة استراتيجية تسويقية يعتقد بإسهامها في تطوير قطاع السياحة العلاجية في الأردن ، وهي كما تأتي :

1.2.5 الرسالة Message :

أ. المهمة : Mission

إيصال الخدمة العلاجية الأردنية إلى جميع الدول العربية .

ب.الرؤية : Vision

الوصول إلى معدلات مرتفعة من الطلب الأجنبي على الخدمات العلاجية المحلية .

ج. الأهداف التسويقية

-التركيز **Focus** على المرضى في أسواق السودان ، واليمن ، والعراق ، والسعودية ، وفلسطين ، وإعطاء أهمية خاصة لتلك التي يقل فيها المنافسين الأجانب .

- تخفيض التكاليف المتغيرة إلى أدنى حد ممكن ، مثل خدمات الفندقة والطعام والشراب والأدوية ، إلى أدنى حد ممكن بهدف تخفيض سعر بيع الخدمة العلاجية ذاتها **Overall Cost Leadership**.

-التمايز **Differentiation** في تقديم خدمات علاجية تلبي احتياجات المرضى الأجانب مثل الجراحة العامة ، والأعصاب ، و القلب ، والعظام .

-تعظيم استغلال الطاقة الاستيعابية المتاحة في المستشفيات الخاصة إلى مستويات التشغيل شبه الكامل .

2.2.5 تحليل البيئة التسويقية للقطاع

سنقوم باستخدام تحليل عناصر القوة والضعف، والفرص والتهديدات **SWOT** لقطاع السياحة العلاجية ككل، وذلك للاستفادة منه في رسم معالم الاستراتيجية التسويقية للقطاع وذلك كما يأتي :

أ. البيئة الداخلية :

1- نقاط القوة :

-توفر الاستقرار السياسي والاجتماعي في الأردن .

- توفر الكوادر الفنية المتخصصة في القطاع .

-العامل النفسي المناسب لظروف الراحة والاستجمام .

-وجود المستشفيات المؤهلة المتطورة التي تعمل وفق نظام الرعاية الفندقية .

-توفر الرحلات الجوية المنتظمة والكافية من وإلى الأردن على خطوط الطيران المختلفة .

-علاج بعض الأمراض النادرة والدقيقة مثل الصدفية والبهاق والقلب والدماغ والأعصاب .

-توفر البنى التحتية والفوقية المتطورة في القطاع .

-السمعة الدولية والإقليمية المنافسة للخدمة العلاجية المحلية (Arab Bank Center for Scientific Research , 2001).

-المعدات والأجهزة والكوادر المتطورة والمناسبة للجراحة المتخصصة والعمليات المتطورة .

- (32%) من إيرادات القطاع الخاص متأتية من الطلب الخارجي على خدماتها العلاجية (Arab Bank Center For Scientific Research , 2001).

-تجزئة الخدمة الصحية ، لأكثر من مورد حيث يمكن اختيار المستشفى والطاقم المختص لإجراء الخدمة العلاجية بشكل منفصل .

-مرونة الطلب على الخدمات العلاجية ، فالتغيرات السعرية تولد تغيرات أكبر في حجم الطلب، بسبب الحاجة للخدمة العلاجية وأهميتها كسلعة (تقدير الباحث: المبحث الأول ، جدول رقم 10).

2-نقاط الضعف :

-تشتت الاستثمارات الطبية الجديدة غير المدروسة في القطاع .

-الضغط على استخدامات الموارد المالية المتاحة بين النفقات الجارية ونفقات تطوير القطاع.

- قلة الأطباء المختصون في مجمل القطاع .

-ضعف الحوافز ومتطلبات الاستثمار الحكومية الموجهة للقطاع .

-ضعف أنظمة تصنيف المستشفيات والكوادر العاملة فيها .

-محدودية الموارد المالية المخصصة للترويج والتسويق .

-ضعف استخدام الهاتف الطبي المجاني المخصص لتقديم الاستشارات الطبية الدولية .

-ضعف سمعة المنتج الطبي المحلي في الأسواق المحتملة (MOP, Medical Tourism , 2004 , p.16).

-ارتفاع التكاليف الثابتة في المباني والتجهيزات والمعدات الطبية .

-ارتفاع التكاليف الإدارية الجارية في الرواتب والأجور والنفقات الجارية .

-التركيز على المريض ذي القدرة الشرائية المرتفعة .

-وجود فائض عرض واسع من الخدمات العلاجية .

-ضعف العلاقة الارتباطية مع شركات التأمين الصحي .

-ضعف فعالية دور جمعية المستشفيات الخاصة ونقابة الأطباء الأردنيين .

-المشاكل والأزمات المالية المتراكمة والمستمرة التي يعاني منها القطاع.

-غياب التنسيق مع المؤسسات العاملة في القطاع (وزارة التخطيط ، 1999-2003) .

ب. البيئة الخارجية :

3-الفرص :

-التحالفات الاستراتيجية المشتركة مع الأسواق الأخرى .

-عمليات التجارة والتسويق الإلكتروني للقطاع .

-الاتفاقيات الطبية المبرمة مع الدول الأخرى .

-خصخصة المستشفيات والمؤسسات العلاجية الحكومية .

-أسواق فلسطين ، واليمن ، والسوق الأفريقي عموماً .

-زيادة طلب المتقاعدين وكبار السن **Senior Tourism** على أمراض الشيخوخة ، والعلاج الطبيعي .

-الخدمات العلاجية للأطفال ، والجراحة التجميلية .

-زيادة الطلب الخارجي على علاج أمراض الدم ، والكبد ، والجلدية ، والقلب والشرايين.

4-التهديدات :

-الاستقرار السياسي في لبنان والعراق وفلسطين .

-ضعف التغطية التأمينية في الأسواق المستهدفة .

-المنافسة الإقليمية من بعض الأسواق كمصر ولبنان ومدينة دبي العلاجية **المتوقعة عام 2010.**

3.2.5 تقسيم السوق Market Segmentation وتقدير حجم الطلب باستخدام طريقة المرونات

المرونات : سيتم النظر إليه من خلال تحليل بعض الأسواق القائمة للخدمات العلاجية الأردنية

1 – السوق السعودي Saudi Market

أ. خصائص السوق :

شهد المجتمع السعودي تحولات هامة في خصائصه الاقتصادية، والاجتماعية، والحياتية التي أثرت على تكوين الاتجاه العام للتغيرات في سلوك المشتري السعودي ، و كان لها أكبر الأثر في تشكيل ثقافته السلوكية ، وتغيرت بموجبها السياسات القائمة المتعلقة بالمنتجات ،

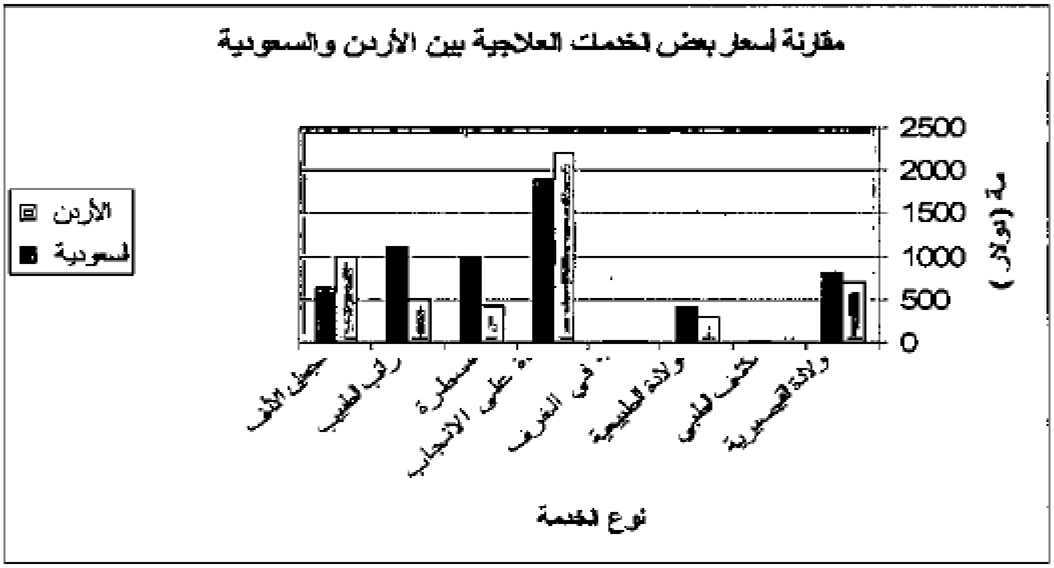
والخدمات ، والتسويق والاستثمار، كما عمل التطور على تغيير تفضيلات الأفراد وسلوكهم الاستهلاكي أكثر من السابق . فقد زاد مستوى الإشباع السلعي في السوق ، وتميز المشتري بالاستقلالية والقدرة الشرائية في اختيار تفضيلاته، وتوفر وقت الفراغ ، وقد شكلت تلك العناصر بمجموعها عناصر ربحية سعى إليها مزودو السلع عموماً والخدمات العلاجية خصوصاً .وتبين المعلومات وجود مجموعة من العوامل التي أثرت على سلوك الخدمة العلاجية في السوق ، وهي كما يلي :

- زيادة الخبرة السياحية التجريبية بشكل أكبر من الطلب السياحي العادي.
- زيادة الفئات العمرية القابلة للتقاعد **Pensionable Age**.
- الرغبة بالمنتجات الطبية والعلاجية العربية السورية والمصرية كبدائل للأسواق الأجنبية .
- الرغبة بالخدمات العلاجية عالية الجودة قليلة التكلفة .
- زيادة الرغبة في تغيير أماكن الإقامة والمتنفس والخروج للأسواق الأخرى .

ب. ظروف السوق :

- ارتفاع متوسط إنفاق الفرد على شراء الخدمات العلاجية .
- سيطرة القطاع الحكومي على ما يقارب (75%) من الطلب المحلي ، بشكل يسبب الضغط عليه والحاجة إلى تنظيمه في فترات كثيرة .
- التعاون الطبي مع دول الخليج من خلال اتفاقية مجلس التعاون الخليجي.
- توفر الموارد المالية الكافية لإدارة وتوسيع نشاطات القطاع .
- عدم استقرار القطاع لارتفاع نسبة العمالة الأجنبية فيه إلى (92%) .
- العوائق القانونية والإدارية لدخول المرضى الأجانب للعلاج في السعودية .
- الضغط الواضح على خدمات جراحة العيون ، فتبين المعلومات أن فترة الانتظار تسجل سنوياً (250) حالة انتظار للسنة التالية وذلك في منطقة الرياض وحدها .كما تراوح متوسط عدد الزيارات ما بين (229 –391) زيارة يومياً في المستشفيات الحكومية المتخصصة .

الشكل رقم (9)

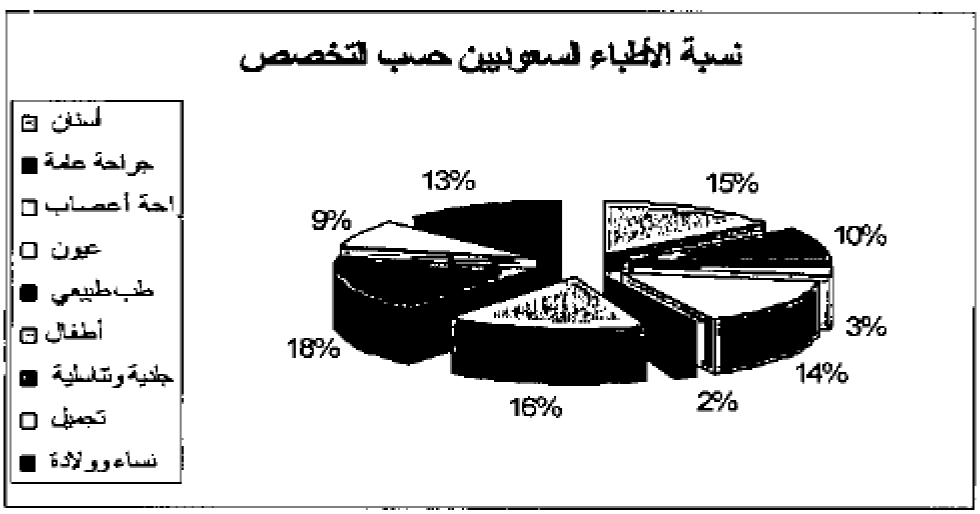


المصدر: وزارة الصحة ، بيانات غير منشورة ، عمان ،2006 .

وزارة الصحة ، مستشفى الملك خالد ، الرياض ، 2006 .

-يبين الجدول رقم (10) نسبة أطباء الاختصاص السعوديين إلى مجمل الأطباء العاملين في التخصص ، ومنه يتبين حالة القطاع الطبي الذي يعتمد بشكل كبير على العمالة الأجنبية .

الشكل رقم (10)



المصدر : وزارة الصحة ، الكتاب الإحصائي السنوي ، 2004 ، الرياض .

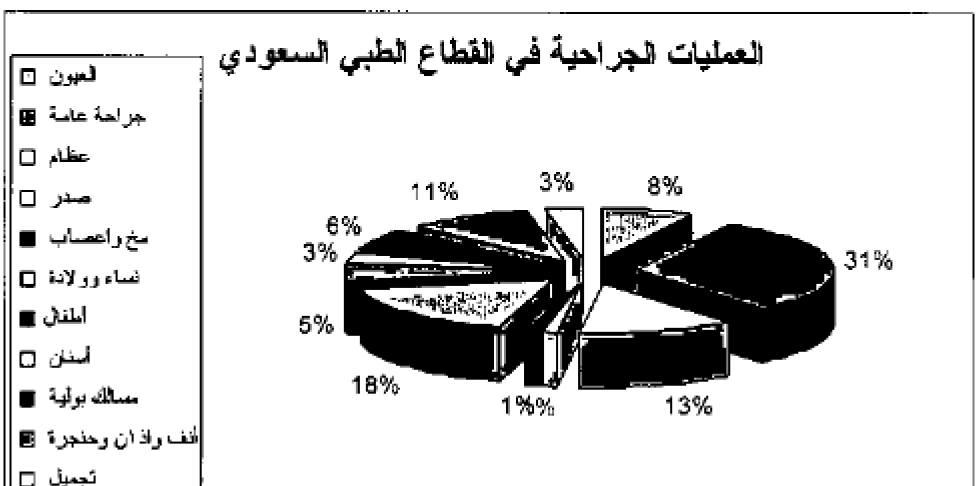
ج. ظروف المنافسة في السوق :

تبين المعلومات أن القطاع العام يمتلك معدات وكوادر طبية تفوق ما يمتلكه القطاع الخاص، بشكل يجعل الأخير مكملاً للقطاع الطبي الحكومي وليس بديلاً أو منافساً لـه . وبلغت الحالات المحولة من الهيئات الطبية نحو (15.3) ألف حالة عام **2004** ، منها (4.9%) فقط أرسلت للخارج ، والنسبة الباقية تم معالجتها في المستشفيات السعودية . وتركزت هذه الحالات في أمراض العيون والقلب بنسب (23.1%) و (16%) على التوالي . و تعتبر الولايات المتحدة الأمريكية (87%)، وبريطانيا (3.8%) ، وألمانيا (6.7%) من أبرز المنافسين في السوق .

من جهة ثانية ، تعتبر سوريا منافساً بارزاً داخل السوق في مجال المعالجات السنية وجراحتها خاصة للفئات متوسطة الدخل وذلك لأسباب تتعلق بانخفاض التكلفة ، وتوفر عناصر الترفيه والاستجمام وقرب المسافة بينهما ، فيما تعتبر مصر ولبنان منافسين بارزين في مجال الجراحة التجميلية والقسطرة . أما الهند فتبرز في مجال معالجة الأورام و السكري ، فيما أظهرت البيانات أن خدمات القلب والدماغ والأعصاب ، وبعض الأمراض السارية كالسل كانت في صالح المنتج الأردني كمنافس قوي داخل السوق .

يبين الشكل التالي رقم (11) حجم الطلب السعودي على أهم الأمراض المتاحة في السوق السعودي **Inpatients** وذلك كما يلي :

الشكل رقم (11)



المصدر : وزارة الصحة ، الكتاب الإحصائي السنوي ، 2004 ، الرياض ، ص 249-2525 .

د.اتجاهات الطلب في السوق :

-الحاجة إلى العلاج Need Recognition

تبين المعلومات أن هناك حاجة إلى مجموعة من الخدمات العلاجية عالية الجودة ، شملت جراحة العيون ، والأورام ، وزراعة القلب ، والدماغ والأعصاب ، وأمراض الدم ، والأعضاء والأطراف الصناعية، وجراحة الأسنان . (وزارة الصحة ، الكتاب الإحصائي السنوي ، 1425 هـ) .

- القدرة الشرائية Purchasing Power

فكما تشير البيانات إلى ارتفاع الميل الحدي للاستهلاك **MPC** لنحو (90%) ، فهو قد يصل أيضاً إلى (100%) في مواسم معينة (الصيف والأعياد) . وتبين التقديرات السياحية أن السعوديين يستهلكون سنوياً ما يقارب (9.4) مليار دولار ، تنفق على شراء خدمات السياحة والاستجمام والترويح بأشكالها المختلفة (هيئة السياحة العليا ، 2004).

-عوامل أخرى:

- قرب المسافة نسبياً بين الدولتين.
- توفر وسائل النقل المختلفة بأسعار منخفضة نسبياً.

– اعتماداً على نتائج تقدير الصيغة رقم (1) للسوق السعودي (أنظر الجدول رقم 50 في الملحق)، فيبين الجدول التالي رقم (97) الطلب المتوقع على الخدمات العلاجية وكان كما يلي :

الجدول رقم (97)

توقع الطلب السعودي على الخدمات العلاجية الأردنية لغاية عام 2020

الطلب المتوقع	معدل الأسعار	الأطباء	الأسرة	الدخل الفردي	عدد السكان	السنة
7589	4.06	47193	49094	17743.6	26593604	2006
7610	4.06	49673	49627	20445	27436549	2007
7604	4.06	52283	50166	23557.8	28306213	2008
7559	4.06	55031	50711	27144.5	29203443	2009
7467	4.06	57923	51261	31277.2	30129113	2010
5688	4.06	74829	54105	63527.3	35216627	2015
Zero	4.06	96669	57107	129030.6	41163200	2020

2-السوق البحريني Bahraini Market

أ. خصائص السوق :

– صغر حجم السوق الجغرافي والديمغرافي .

– الاعتماد الكبير على مجمع السليمانية الطبي وهو المستشفى الرئيسي في البحرين ، حيث يقدم مجموعة من الخدمات العلاجية تشمل الأورام ، والسكري ، وأمراض القلب.

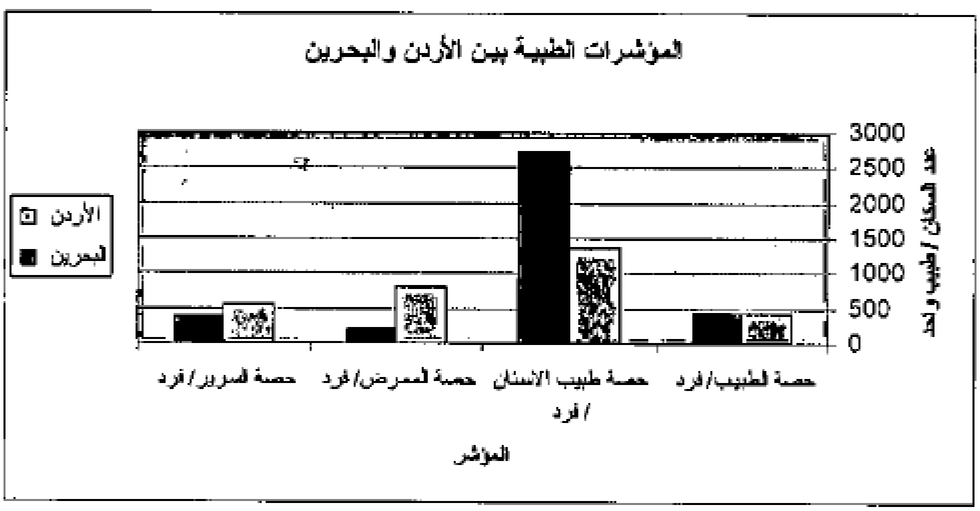
– ارتفاع القوة الشرائية للسكان إلى نحو (15.6) ألف دولار عام 2004 ، وكذلك معدل الإنفاق الصحي على الصحة .

– ارتفاع نسبة الأفراد الحاصلين على معونات طبية تصل إلى (3.1%) من السكان .

–حاجة السوق إلى معالجة أمراض القلب والجهاز الدموي ، و الأورام ، و أمراض الغدد الصماء ، وأمراض الجهاز التنفسي ، وأمراض الجهاز التناسلي (وزارة الصحة ، الإحصاءات الصحية ، 2004).

– يبين الشكل رقم (12) الموارد الطبية المتاحة في البحرين ، وهي تظهر تحسناً في جانب حصة الطبيب وطبيب الأسنان لكل فرد من السكان لصالح الأردن ، فيما سجلت البحرين تحسناً في عدد الأسرة والممرضين وذلك كما يلي :

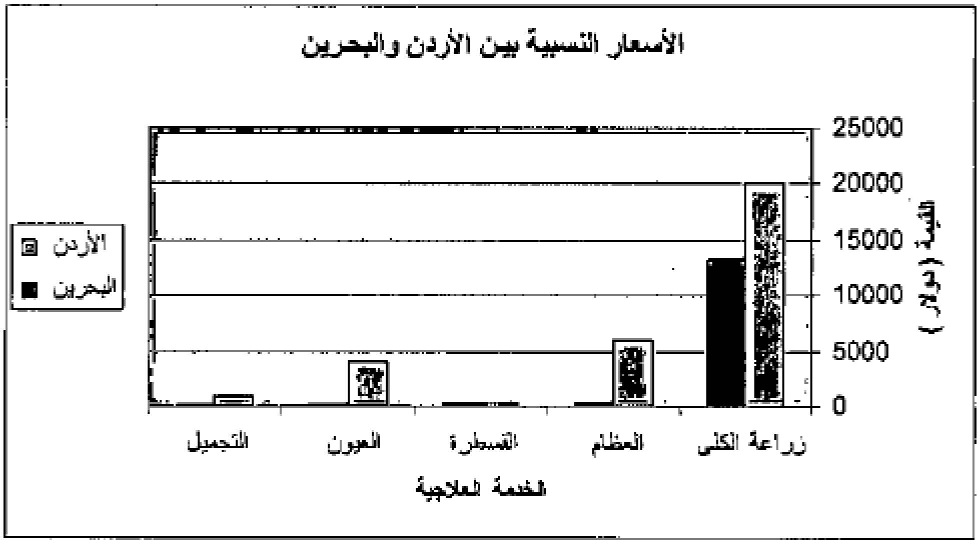
الشكل رقم (12)



المصدر : وزارة الصحة ، الإحصاءات الصحية ، 2004 ، البحرين .

-يبين الشكل رقم (13) المقارنة بين أسعار بيع بعض الخدمات العلاجية في كلا السوقين وذلك كما يلي :

الشكل رقم (13)



المصدر : وزارة الصحة ، الإحصاءات الصحية ، 2004 ، للبحرين .

ب. اتجاهات الطلب :

استخدمت نتائج تقدير الصيغة رقم (1) **(أنظر الجدول رقم 51 في الملحق)** ، في توقع الطلب المستقبلي على الخدمات العلاجية الأردنية الواردة في الجدول رقم (103) ومنه نجد ما يلي :

-أن تحسن الظروف الصحية في البحرين ، سيكون له أكبر الأثر في تخفيض الطلب على الخدمات العلاجية الأردنية ، ونجد تلك النتيجة بوضوح في تقدير عامي 2015و 2020 .

-أن تحسن القوة الشرائية للمواطن البحريني ستؤدي بالضرورة إلى زيادة الطلب على الخدمات العلاجية في الأردن ، وينظر إلى تلك النتيجة من خلال مرونة الطلب الدخلية ، حيث ينظر إلى الخدمة العلاجية الأردنية على أنها " سلعة عادية **Normal Good** " يتحسن الطلب عليها بتحسن الدخل والعكس في حال انخفاضه .

-الارتفاع الكبير في أسعار بيع الخدمات العلاجية في الأردن مقارنة بنظيرتها في البحرين، الأمر الذي قد يشكل حافزاً لقيام الطلب داخل هذا السوق .

-تعتبر السعودية المنافس الأبرز للخدمات العلاجية الأردنية داخل السوق البحريني ، وتعد الأورام ، وأمراض القلب أبرز الخدمات الأردنية التي يمكن تصديرها للسوق البحريني .

الجدول رقم (98)

توقع الطلب البحريني على الخدمات العلاجية الأردنية لغاية 2020

العام	الدخل الفردي	عدد الأطباء	معدل نمو أسعار الخدمات العلاجية السنوي	عدد السكان	الطلب المتوقع
2006	18335.5	2011	4.06	730661	6094
2007	19896.05	2268	4.06	724702.8	6358
2008	21589.4	2557	4.06	736943.1	6567
2009	23426.9	2884	4.06	749088.4	6777
2010	25420.8	3252	4.06	761433.9	6985
2015	38243.6	5930	4.06	830156.9	7850
2020	57534.5	10814	4.06	900851	7860

3 - السوق الفلسطيني Palestinian Market

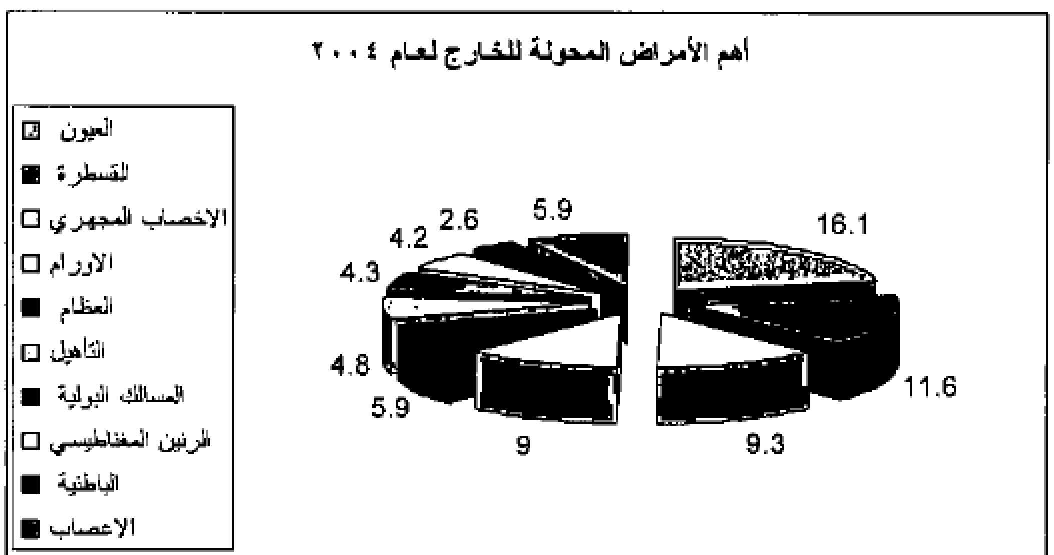
أ. خصائص وظروف الطلب :

-أن حصة الفرد من الدخل القومي لا تعتبر مؤشراً لقوته الشرائية ، إذا علمنا أن معدل البطالة و نصيب الفرد من الدخل المحلي عام 2003 بلغا (31%) و(856) دولار على التوالي .

-توسع الإنفاق الحكومي على علاج المرضى الفلسطينيين في السوق الخارجي بشكل كامل.

(وزارة الصحة ، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني ، المؤشرات الأساسية للمستشفيات في فلسطين ، 2003).

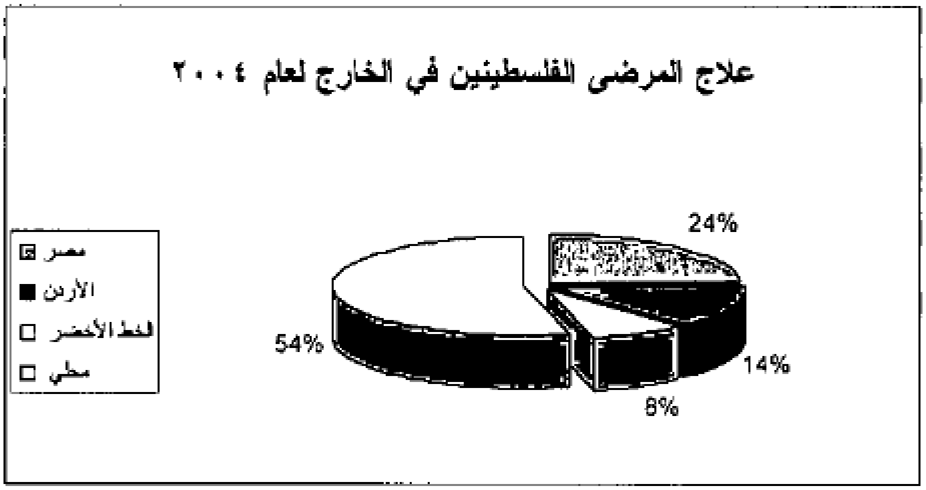
الشكل رقم (14)



ب. المنافسون داخل السوق :

يبين الشكل التالي أهم الأسواق التي يرسل إليها المرضى الفلسطينيين للعلاج (وزارة الصحة الفلسطينية ، العلاج التخصصي في الخارج ، 2003 ، ص48):

الشكل رقم (15)



المصدر : وزارة الصحة ، بيانات منشورة ، 2004 ، فلسطين .

وتشير البيانات المختلفة أن تحويل المرضى الفلسطينيين للخارج كان على النحو التالي :

– **المستشفيات المحلية** : وشملت المستشفيات الخاصة وغير الحكومية مثل مستشفيات القدس الشرقية ، وغزة ، وحصلت على نحو (33.8%) من مجمل تكاليف العلاج ، أو ما مقداره (11.5) مليون دولار ، وبلغ متوسط نصيب المريض الواحد من تكاليف العلاج حو (1.35) ألف دولار .

–**مستشفيات الخط الأخضر** : وشملت مستشفيات تل هاشومير ومستشفى هداسا وسان جون، وقد حازت تلك المستشفيات على نحو (13.8%) من مجمل تكاليف العلاج ، أو ما مقداره (4.7) مليون دولار ، وبلغ معها متوسط تكلفة علاج المريض الواحد نحو (2.88) ألف دولار .

– **المستشفيات المصرية** : شملت مستشفيات ناصر وفلسطين ، وحازت على نحو (15.9%) من مجمل تكاليف العلاج أو ما مقداره (5.4) مليون دولار، وبلغ متوسط تكلفة علاج المريض الواحد نحو (1.1) ألف دولار .

–**المستشفيات الأردنية** : وشملت مدينة الحسين الطبية ومستشفى الأردن ، وحازت على نحو (36.6%) من مجمل تكاليف العلاج ، أو ما مقداره (12.46) مليون دولار . كما حازت مستشفيات

الأردن ومدينة الحسين الطبية ومركز الأمل للسرطان على (13.7%) و (3.8%) و (2.5%) من مجمل الحالات المرسلة على التوالي . وتبين البيانات أن مستشفى الأردن كان الأعلى متوسطاً لتكلفة الحالة المرضية الواحدة بين المستشفيات المختلفة حيث سجل نحو (4.4) ألف دولار لكل حالة، وبذلك يكون قد سجل ارتفاعاً بنسبة (56%) و (309%) عن مستشفيات منطقة الخط الأخضر ومصر على التوالي .

وتفسر حالة البطء التي يشهدها نمو الطلب الفلسطيني على الخدمات العلاجية المحلية ، بسبب ارتفاع سعر بيع الخدمات العلاجية في الأردن عموماً . وقد بينت وزارة الصحة الفلسطينية أن ارتفاع تكلفة العلاج في المستشفيات الأردنية إلى هذا الحد ، يعني بالضرورة مراجعة عمليات التحويل وسياسة التعاقد مع تلك المستشفيات (مركز المعلومات الصحية الفلسطيني ، العلاج التخصصي في الخارج ، 2003 ، ص49) .

ج. اتجاهات الطلب في السوق :

استخدمت نتائج تقدير الصيغة رقم (1) للسوق الفلسطيني (أنظر الجدول رقم 52 في الملحق) في تقدير طلب السوق على الخدمات العلاجية الأردنية ، ويشير إلى ما يلي :

-أن أسباب ارتفاع درجة اعتماد السوق الفلسطيني على الخدمات العلاجية من الخارج تعود إلى: انخفاض عدد الأسرة وعدد الأطباء العاملين في السوق الفلسطيني.

-أن أسعار بيع الخدمات العلاجية الأردنية للمرضى الفلسطينيين ، تتميز بالجمود النسبي بسبب الاتفاقيات العلاجية المبرمة بين المستشفيات الأردنية والجانب الفلسطيني ، كما أن الحاجة الماسة لهذه الخدمات أهمل التأثيرات السعرية على حجم الطلب من السوق .

-أن الإدخالات المرضية في المستشفيات الفلسطينية ، تؤدي إلى زيادة الطلب على الخدمات العلاجية في الأردن ، وذلك بسبب افتقار الأول إلى معظم العلاجات الضرورية الأساسية لتلك الإدخالات.

-في ظل معدلات التقدم الطبي التي يشهدها السوق الفلسطيني حالياً ، خاصة في مجال إنشاء المستشفيات وتأهيل الكوادر الطبية المختلفة ، تبين التقديرات أن الطلب الفلسطيني المتوقع على الخدمات العلاجية الأردنية سينتهي في عام 2019 .

الجدول رقم (99)

توقع الطلب الفلسطيني على الخدمات العلاجية الأردنية لغاية 2019

السنة	عدد الإدخالات	الأطباء	الأسرة	الطلب المتوقع
2006	334039	2716	2964	12364
2007	365110	2955	3091	12060
2008	399071	3214	3223	11688
2009	436191	3496	3361	11235
2010	476763	3803	3505	10693
2015	743762	5794	4321	6223
2019	1061547	8114	5109	Zero

4- السوق السوري Syrian Market

رغم التطورات التي يشهدها سوق الخدمات العلاجية في سوريا ، خاصة في مجال دعم العناية الصحية والاهتمام بصحة الفرد ، لكنه مازال يشهد نقصاً حاداً في كثير من القدرات التكنولوجية الطبية ، القادرة على استيعاب التوسعات الحاصلة في السوق ، ومن هنا سنقوم بربط تلك التغيرات مع حالة السوق الأردني في محاولة للاستفادة منها في توجيه الطلب السوري نحوه وذلك كما يلي :

أ.خصائص الطلب في السوق :

- ضعف الميل لشراء الخدمات العلاجية من الأسواق الأجنبية بسبب عوامل السعر والتكلفة .
- سيطرة الخدمات العلاجية المحلية على حصة واسعة من مجمل الطلب المتاح .
- التحول في الفكر الطبي نحو اعتبارات الجودة .
- عدم مرونة الطلب تجاه التغيرات في سعر بيع الخدمات العلاجية .
- تدني معدل الإنفاق الصحي للفرد إلى (59) دولار سنوياً .
- انخفاض نسبة الإنفاق على الخدمات الصحية كنسبة من الناتج المحلي إلى (5%) .
- الإنفاق الكبير على الخدمات العلاجية الأولية وتقديم اللقاحات للأمراض المعدية كالسل، والتهاب الكبد ، والشلل .

ب .ظروف المنافسة :

لفترة طويلة كانت فرنسا المنافس الأبرز في السوق السوري ، في مجال تقديم الخدمات العلاجية الدقيقة والمتطورة كأمراض القلب والشرايين ، والسرطان خاصة للفئات ذات الدخول العليا، لكن لدوافع تتعلق بالمسافة والتكلفة تحول جزء كبير من هذا الطلب نحو السوق اللبناني. وأخيراً جراء التحولات السياسية في المنطقة أظهر الطلب السوري رغبة كبيرة في البحث عن أسواق أخرى جديدة أكثر استقراراً وتشكل بديلاً للسوق اللبناني، فكان السوقان الأردني والمصري أبرز المنافسين في هذا المجال .

ج.العناصر المرتبطة بالعلاج :

– ضعف الجودة وضغط الطلب على المرافق الطبية ، بسبب توسع القطاع الطبي الحكومي في التغطية العلاجية الوقائية والطارئة المجانية لكافة قطاعات السكان .

–تحول الطلب بشكل واضح من السوق اللبناني إلى السوق الأردني كأحد أفضل البدائل المتاحة ، ولسهولة الوصول إليه .

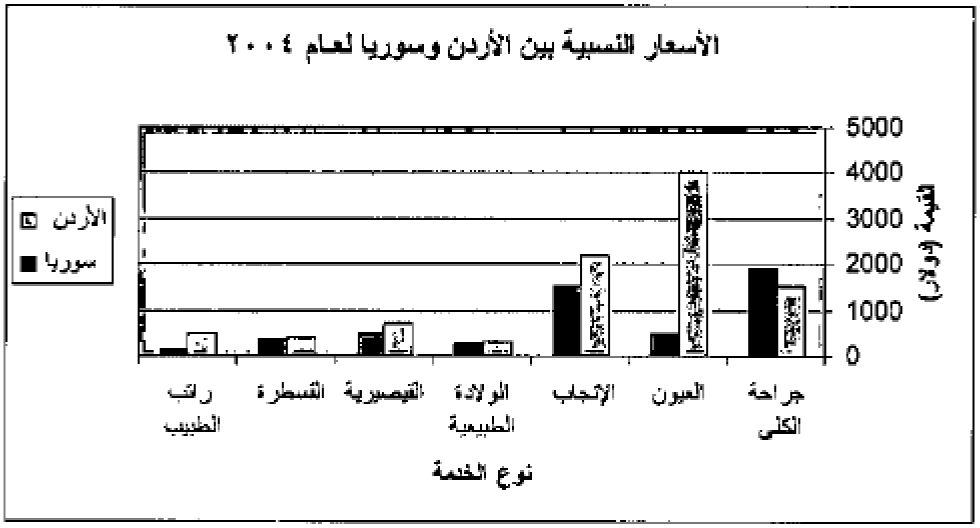
–النقص الحاد في المستشفيات التي تقدم الخدمات الطبية المتطورة مثل جراحة العيون، القلب والشرايين ، السرطان ، الإدمان ، الأطفال . فقد وجد أن (94%) من المستشفيات العاملة في سوريا تقدم خدمات علاجية أولية وقائية (وزارة الصحة ، بيانات منشورة ، 2004).

–تقادم العلاجات والأدوية الفعالة ، والأجهزة والمعدات المتاحة في السوق ، إضافة إلى ضعف البحث العلمي والإنفاق على التحديث والتطوير .

–يظهر الشكل رقم (16) التقارب النسبي بين أسعار بيع الخدمات العلاجية في الأردن مقارنة بمثيلتها في سوريا مثل الولادات وجراحة الكلى والقسطرة ، رغم أن الحد الأدنى لراتب الطبيب في الأردن قد شكل أربعة أمثاله في سوريا .

–شكلت عوامل طول فترة انتظار الحصول على الخدمة ، وتدني مستواها في معظم الأحيان، وعنصر الاستقرار السياسي من أبرز ما يؤثر على قيام الطلب السوري على الخدمات العلاجية من الأردن .

الشكل رقم (16)



المصدر : وزارة الصحة ، مركز الباسل لجراحة القلب ، بيانات غير منشورة ، 2004 ، دمشق .

د. اتجاهات الطلب :

استخدمت نتائج تقدير الصيغة رقم (1) (**أنظر الجدول رقم 53 في الملحق**)، في تقدير الطلب السوري المتوقع على الخدمات العلاجية الأردنية خلال الفترة القادمة ، ونجد من الجدول رقم (105) ما يلي :

-نمو الطلب على الخدمات العلاجية الأردنية ، بسبب الحاجة المستمرة إلى تلك الخدمات خاصة عند زيادة القوة الشرائية للسكان .

-هناك نمو متزايد في الطلب السوري على الخدمات العلاجية الأردنية عبر الزمن ، خلافاً للنتائج التي تم التوصل إليها في أسواق السعودية وفلسطين .

-يؤثر نمو المستشفيات التخصصية في سوريا والطاقة الاستيعابية لها ، سلباً على الطلب على الخدمات العلاجية الأردنية .

الجدول رقم (100)

توقع الطلب السوري على الخدمات العلاجية الأردنية لغاية 2020

السنة	عدد السكان	الدخل الفردي	الأطباء	الأسرة	الأسعار	الطلب المتوقع
2006	18661028	1276	29239	22780	4.06	4511
2007	19103370	1293	30496	23415	4.06	4620
2008	19556198	1310	31807	24067	4.06	4765
2009	20019760	1327	33174	24737	4.06	4948
2010	20494310	1344	34599	25426	4.06	5170
2015	23041217	1434	42702	29168	4.06	6955
2020	25904636	1530	52702	33461	4.06	10136

5-السوق اليمني Yemeni Market

يتميز السوق اليمني عن غيره من الأسواق المحيطة بارتفاع نسبة الفقر والأمية ، الناجمة بشكل عام عن تردي الأوضاع المعيشية وانخفاض معدل توقع الحياة وتسرب الأفراد من المدارس الثانوية بنسبة تصل إلى (65%) من السكان (World Bank Group , 2003) ، والذي سبب بدوره الكثير من التشوهات التي انعكست على مختلف القطاعات ومنها سوق الخدمات الصحية ، وأثر في هيكله وقدرته على تلبية حاجات الطلب المحلي . لذلك سنقوم هنا باستعراض أهم العناصر المميزة لهذا السوق المقترح كما يلي :

أ. خصائص الطلب في السوق :

- ارتفاع معدل النمو السكاني السنوي إلى (3%) (الجهاز المركزي للإحصاء ، 2004).
- وصول معدل الأمية لما يقارب (50%) من السكان (الجهاز المركزي للإحصاء ، 2004).
- ارتفاع نسبة التسرب من التعليم الأساسي إلى (40%) من الطلاب (الجهاز المركزي للإحصاء ، 2004).
- انخفاض القوة الشرائية للفرد بدرجة كبيرة .
- يبلغ معدل الفقر نحو (45%) من مجمل السكان (الجهاز المركزي للإحصاء ، 2004).
- ضعف الخدمات الأساسية في البنى التحتية والمرافق الطبية المختلفة .
- ارتفاع نسبة التأمين الصحي والاجتماعي المتاحة من الدولة.

- يمثل طلباً لا نهائي المرونة على الخدمات العلاجية الأردنية (يتأثر الطلب بعناصر غير سعرية بسبب شدة الحاجة للخدمة العلاجية) .

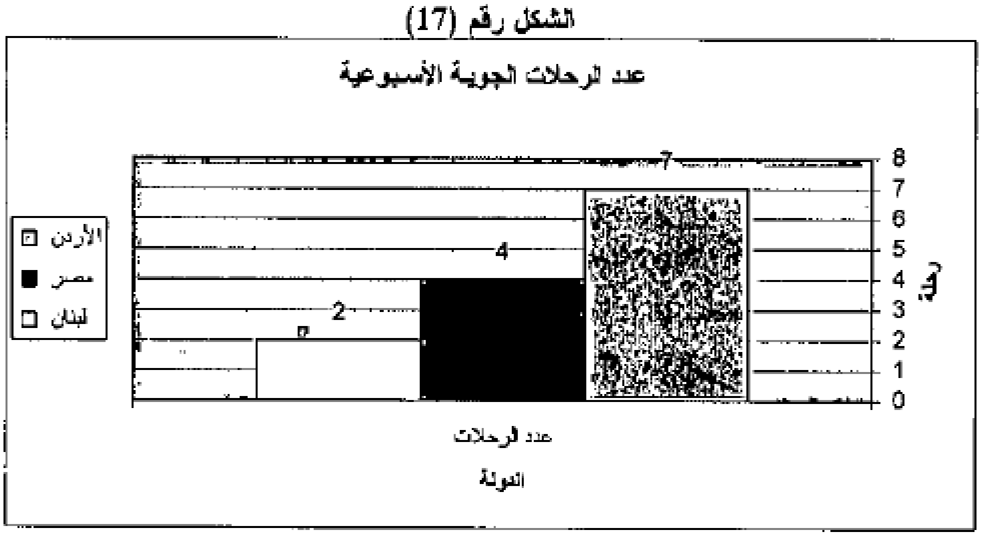
ب. ظروف السوق :

- ضعف جودة الخدمات العلاجية في السوق .
- ضعف العمالة الطبية الفنية والإدارية المؤهلة والمدربة.
- ارتفاع نسبة التأمين الصحي وشموله لقاعدة واسعة من الأفراد.
- ندرة الخدمات الطبية المتاحة المتطورة والمعقدة.
- الاعتماد على المنظمات والهيئات الدولية لتقديم الخدمات الأولية والطارئة.
- تخلف الأجهزة والمعدات الطبية والعلاجية المستخدمة.
- توفر الاحتياجات العلاجية السريرية والطبيعية المناسبة للسوق المقترح.
- ضعف المعلومات والأنظمة التكنولوجية الطبية .
- ضعف الطاقة الاستيعابية القائمة من الأسرة ، والمستشفيات ، والكوادر الطبية فيها.

ج.المنافسون في السوق :

يبين الشكل التالي رقم (**17**) عدد الرحلات الجوية لكل من الأردن ومصر ولبنان التي قام بها السوق اليمني، ومنها يتبين المكانة التنافسية لتلك الدول داخل هذا السوق وذلك لعام **2004** كما يلي :

الشكل رقم (17)



Source : MOP , Medical Tourism , 2004 , P. 16.

د. اتجاهات الطلب :

-إن ضعف المرافق والخدمات الطبية المتاحة في السوق اليمني ، سيساهم بشكل أساسي في زيادة معدل الطلب على الخدمات العلاجية الأردنية ، خاصة خلال فترة الخمس سنوات القادمة ، فيما يبدأ الطلب الكلي بالتناقص لأسباب تتعلق بتحسن تلك المرافق بعد تلك الفترة .

-يبدو أن أسعار بيع الخدمات العلاجية المحلية مناسبة للقوة الشرائية للفرد اليمني ، حيث أظهرت النتائج عدم حساسية الطلب اليمني لتلك الأسعار ، كما كان لانخفاض دخله دوراً في تفضيل الخدمات العلاجية الأردنية أيضاً .

-يشكل طلب السوق اليمني من مجمل الطلب على الخدمات العلاجية الأردنية ما نسبته **(37%)** ، وهو مساوي بذلك لمجموع الطلب الفردي لأسواق (**السودان** ، **البحرين** ، **السعودية** ، **سوريا**، **فلسطين** ، **عمان**) ، الأمر الذي يعني أن بذل قليل من الجهود في هذا سيزيد من حجم الطلب ، خاصة أن تكاليف الترويج المطلوبة وعوائق الدخول المبذولة فيه تقل فيه بكثير عما تتطلبه الأسواق الأخرى مثل السعودية أو بقية دول الخليج العربي .

الجدول رقم (101)

توقع الطلب اليمني على الخدمات العلاجية الأردنية لغاية عام 2020

السنة	عدد السكان	الدخل الفردي	الأطباء	الأسرة	الأسعار	الطلب المتوقع
2006	20083093	741	7492	12935	4.06	52446
2007	20451167	792	8923	13036	4.06	53614
2008	20825987	845	10628	13139	4.06	54615
2009	21207677	903	12658	13242	4.06	55506
2010	21596362	964	15075	13346	4.06	56161
2015	23649288	1339	36125	13879	4.06	53865
2020	25897360	1860	86569	14433	4.06	29964

الجدول رقم (102)

الطلب الخارجي المتوقع لجميع الأسواق وذلك باستخدام طريقة المرونات

السنة	السعودية	البحرين	فلسطين	سوريا	اليمن	المجموع الجزئي	الطلب الكلي المتوقع
2006	7589	6094	12364	4511	52446	83004	125619
2007	7610	6358	12060	4620	53614	84262	127523
2008	7604	6567	11688	4765	54615	85239	129001
2009	7559	6777	11235	4948	55506	86025	130191
2010	7467	6985	10693	5170	56161	86470	130873
2015	5688	7850	6223	6955	53865	80581	121952
2020	zero	7860	Zero	10136	29964	47960	72583

1.3.2.5 طريقة متوسط معدل النمو Average Growth Rate

استخدام هنا متوسط معدل النمو الذي سجله الطلب الفردي الخاص للأسواق العربية قيد الدراسة خلال الفترة الماضية لتقدير حجم الطلب الخارجي . وتعتمد هذه الطريقة على البيانات التاريخية للطلب الفعلي الذي سجلته تلك الأسواق ، وباحتساب معدل النمو لها يمكن الوصول إلى معدل النمو العام خلال الفترة القادمة ، وعليه يبين الجدول التالي رقم (103) نتائج هذا التقدير كما يلي:

الجدول رقم (103)

توقع الطلب الخارجي باستخدام طريقة معدل النمو

السنة	السعودية	البحرين	فلسطين	سوريا	اليمن	المجموع الجزئي	الطلب الكلي المتوقع
2006	6514	4738	12675	4420	39854	68201	103216
2007	6482	4710	12612	4398	40088	68290	103350
2008	6450	4682	12550	4377	40322	68381	103488
2009	6418	4654	12489	4355	40559	68475	103631
2010	6387	4627	12427	4333	40796	68570	103774
2015	6232	4493	12125	4227	42005	69082	104549
2020	6081	4362	11830	4124	43250	69197	104723

2.3.2.5 استخدام معدلات الإشغال في تقدير حجم العرض المتاح

تقوم هذه الطريقة على عدد من الافتراضات نوردها فيما يلي :

-أن معدل الإشغال في المستشفيات الخاصة عام 2004 البالغ (46.2%) يمثل سنة الأساس في عملية التقدير ، وذلك على اعتبار أن تلك السنة آخر عام نشرت فيه بيانات وزارة الصحة أثناء إجراء الدراسة .

- يبلغ حجم الطلب لعام 2004 نحو (103311) حالة .

-استخدام طريقة النسبة والتناسب لتقدير حجم العرض المتاح للخدمات العلاجية عند مستويات مختلفة من معدلات الإشغال في المستشفيات ، ويبين الجدول رقم (109) نتائج التقدير .

-بلغ معدل نمو العرض المتاح من الأسرة خلال الفترة (1997-2003) نحو (5.28%) ، وهو الذي حيث سيستخدم في تقدير فجوة العرض المتاحة في الجدول رقم (107) .

الجدول رقم (104)

نتائج تقدير العرض المتاح من الآسرة عند مستويات مختلفة من معدلات الإشغال لعام 2004

معدل الإشغال المفترضة %	العرض الذي يمكن استيعابه (مريض)
46.2	103311
50	111808
60	134170
70	156531
80	178893
90	201255
100	223616

الجدول رقم (105)

مقارنة بين نتائج طريقتي المرونات ومتوسط النمو

السنة	الحد الأعلى حسب طريقة المرونات	الحد الأدنى حسب طريقة معدل النمو
2006	125619	103216
2007	127523	103350
2008	129001	103488
2009	130191	103631
2010	130873	103774
2015	121952	104549
2020	72583	104723

كما يبين الجدول رقم (106) نتائج تقدير الطلب الخارجي للأسواق المستهدفة كما يلي :

الجدول رقم (106)

الحدود الدنيا والعليا للطلب الخارجي في الأسواق المقترحة على الخدمات العلاجية الأردنية

السنة	السعودية	البحرين	فلسطين	سوريا	اليمن
2006	7589-6514	6094-4738	12675-12364	4511-4420	52446-39854
2007	7610-6482	6358-4710	12612-12060	4620-4398	53614-40088
2008	7604-6450	6567-4682	12550-11688	4765-4377	54615-40322
2009	7559-6418	6777-4654	12489-11235	4948-4355	55506-40559
2010	7467-6387	6985-4493	12427-10693	5170-4333	56161-40796
2015	5688-6232	7850-4493	12125-6223	6955-4227	53865-42005
2020	6081-Zero	7860-4362	11830-Zero	10136-4124	43250-29964

الجدول رقم (107)

الفجوة بين العرض و الطلب من الخدمات العلاجية حسب طريقة معدل النمو

الفجوة بين العرض والطلب (مريض)	العرض المقدر (مريض)	الطلب المقدر (مريض)	السنة
140142	243358	103216	2006
150523	253873	103350	2007
161354	264842	103488	2008
172654	276285	103631	2009
184449	288223	103774	2010
251561	356110	104549	2015
335264	439987	104723	2020

3.3.2.5 اتجاهات بحث مستقبلية

يبين الجدول رقم (107) الفجوة المتاحة بين العرض المتاح والطلب على الخدمات العلاجية المحلية ، واعتماداً على نتائج التقدير الواردة في الطرق المختلفة السابقة ، نستنتج منها ما يلي:

1-بطء معدل نمو الطلب الخارجي وفقاً لطريقة معدل النمو ، وذلك بسبب اعتماده على بيانات تاريخية بطيئة التغير . كما أن فرق تقدير الطلب بالطرق المختلفة يعزى إلى زيادة الزمن المراد تقديره ، حيث تضعف قدرة الدراسة على الإلمام بكافة العناصر والمتغيرات المؤثرة في حجم الطلب مقارنة بالتقدير لفترات قصيرة المدى .

2 –أن الاستمرار في استغلال طاقة المستشفيات الاستيعابية لمستويات عالية تصل إلى (90%) حتى عام 2010 ، فهذا يعني إمكانية استيعاب ما يقارب (201.2) ألف حالة ، لكن تشير تقديرات الطلب في الوقت ذاته وصوله إلى نحو (130.8) ألف حالة ، و بالتالي وجود فائض عرض يبلغ نحو (70.4) ألف حالة، وبالتالي لا تزال هناك حاجة لزيادة معدل نمو الطلب أكثر والبحث عن أسواق أخرى جديدة .

3–أن المؤشرات الإحصائية الأخرى الواردة في جداول تقدير الطلب للأسواق المختلفة ، يمكن الاستفادة منها في الحكم على نتائج هذا التقدير ، وكذلك على قدرة المتغيرات المتضمنة في الصيغة رقم (1) من جانب تفسير التغيرات الحاصلة في حجم طلب تلك الأسواق .

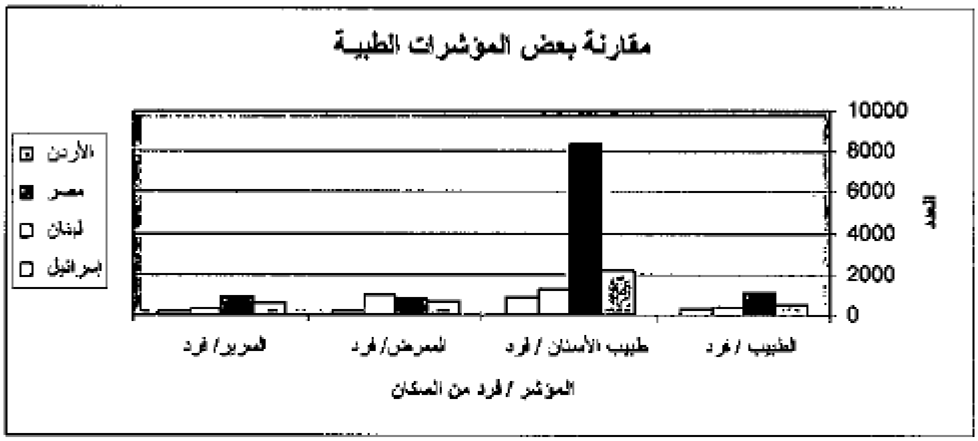
4–أن طريقة المرونات هي الأكثر دقة في تقدير حجم الطلب ، وذلك بسبب مراعاتها لكافة

المتغيرات المؤثرة على هذا الطلب . فهذه الطريقة تستخدم في دراسات الجدوى الاقتصادية لواقعيتها ، وكذلك لتخفيضها مجموع مربعات الأخطاء أو الفروقات بين الطلب الفعلي والطلب المتوقع في معاملات الانحدار .

4.2.5 الأسواق المنافسة Competitors

بهدف الوقوف على الموقع التنافسي لقطاع السياحة العلاجية في الأردن ، فقد قمنا بتجميع البيانات المتاحة عن قطاع السياحة العلاجية لعدد من الدول المحيطة شملت لبنان و مصر وإسرائيل، والتي يعتقد الباحث بأنها أسواق منافسة للخدمة العلاجية الأردنية ، وقد تم استخدام تحليل PESTEL ذاته لعرض خصائص كل دولة **(أنظر الجداول رقم 60 و 61 في الملحق)** .

الشكل رقم (18)



1.4.2.5 السوق اللبناني Lebanese Market

يشير تحليل الضعف والقوة، الفرص والتهديدات لقطاع السياحة العلاجية في لبنان لما يلي:

1- نقاط القوة :

-جودة الخدمات العلاجية المتاحة في المستشفيات (Medi-Tour.net, 2005).

-التجهيزات والمعدات الطبية في المستشفيات العاملة .

-سمعة الطبيب اللبناني في الأسواق الدولية خاصة السعودية ، ودبي ، واستراليا .

-استخدام مبدأ الرعاية الصحية المنزلية **Home Care** في أماكن سكن المرضى .

-امتلاك السياح السعوديين لأماكن خاصة لأغراض السكن والإقامة في لبنان .

-الريادة في تقديم عمليات تخسيس الوزن بتقليص حجم المعدة (Medi-tour.com , 2005).

-حزمة متميزة من الخدمات العلاجية : زراعة الكبد ، والقلب المفتوح ، والتشوهات الخلقية عند الأطفال ، جراحة الترميم (Medi-tour.net , 2005).

-التخصصية العالية في المستشفيات العاملة تصل إلى (70%) (وزارة الصحة العامة ، 2005 ، www.health-public.gov.lb) .

-الترويج القائم على التخفيضات والعروض السعرية لتكاليف العلاج ، والسفر، والإقامة تتراوح بين (20%-40%) (Medi-tour.net , 2005).

-حسن الاستقبال والضيافة باستخدام سياسة " من الباب إلى الباب " (الهيئة الوطنية لإنماء السياحة الصحية ، 2005).

- تقل أسعار الخدمات العلاجية عن مثيلاتها في السوق الأردني بنحو (30%) (www.daralhayat.com, 2003).

-تحويل المستشفيات لما يشبه الأجنحة الفندقية المخصصة للعلاج من حيث الخدمات المقدمة والاهتمام .

-نظم تصنيف المستشفيات وفقاً للمعايير الدولية (وجود ما يقارب 48 مستشفى مصنفاً) (وزارة الصحة العامة ، 2005 ، www.health-public.gov.lb).

-استخدام تقنية طبيب العائلة كوسيط بين المريض والطبيب المختص والمستشفى (البنك الدولي ، الفقر في العالم العربي ، 2002).

-خدمات البنى التحتية والإقامة والفندقة بدرجة مقبولة ومتطورة .

2 -نقاط الضعف :

-ضعف الاستقرار السياسي والاجتماعي .

-يمر القطاع الطبي بمرحلة انتقالية تجعله غير مستقر .

-تسارع هجرة الكفاءات والإمكانات الطبية العاملة في القطاع .

-ضيق السوق المحلي عن استيعاب الخدمات العلاجية المتاحة .

-عدم وجود اتفاقيات علاجية مبرمة مع الأسواق الأخرى .

-عدم وجود منهجية واضحة لجذب الطلب الخارجي ، فالمريض يأتي للعلاج بجهوده الفردية.

-المنافسة بين المستشفيات العاملة على ما نسبته (10%) من السوق ممن لا يشملهم التأمين الصحي (البنك الدولي ، الفقر في العالم العربي ، 2002) .

-سوء استهلاك الخدمات العلاجية بسبب وجود جهات ضامنة للدفع تشوه حجم الفائدة الطبية والقيمة المادية للخدمة .

-التوجه للأسواق المستهدفة التي تزدحم بالمنافسين مثل دبي ، و السعودية ، ومصر ، والكويت .

-الطلب الخارجي على خدمات القطاع ، والذي وصل إلى أقل من (20) ألف عام 2004 (www.daralhayat.com ,2003).

3-الفرص :

-البروتوكولات والاتفاقيات الطبية .

- تفعيل دور السفارات اللبنانية في تسويق القطاع.

-تعيين ملحق صحي لبناني في السفارات الأجنبية العاملة في لبنان .

-التعاقد مع شركة K&M الدولية المتخصصة في إدارة البرامج السياحية للعمل كوكيل لها في دبي .

-إقامة جناح خاص في القرية العالمية في دبي لتعريف السياحة الصحية في لبنان، وتقديم أسابيع علمية للجمهور تشمل تقديم معلومات عن السياحة الصحية والطبيب العائلي ، وعمليات التجميل وتقليص الوزن ، والاستفسارات والإقامة .

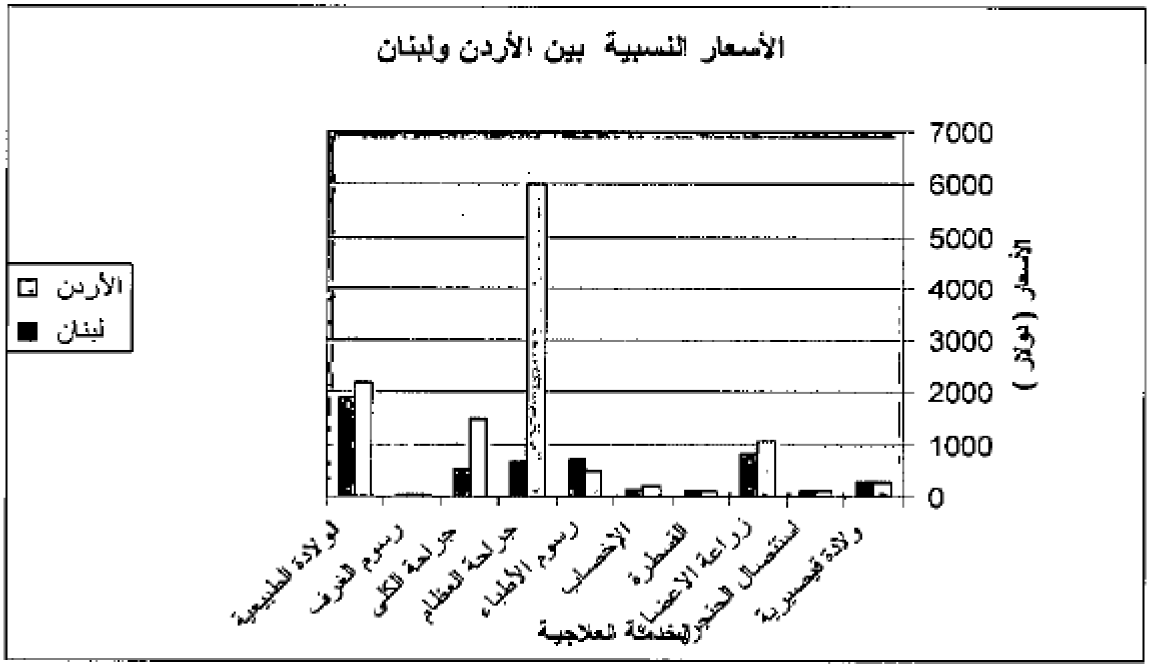
-التعاقد مع شركة تأمين دولية تمتلك نحو (180) ألف شخص مؤمن عليه لديها ، وتقديم مزايا وحوافز جاذبة للحصول على الحالات المرضية التي تعالجها في لبنان.

4- التهديدات :

-الأسواق المحيطة :

لقد أشارت الدراسات اللبنانية صراحةً أن الأردن حقق من السياحة العلاجية إيرادات مالية وصلت إلى (650) مليون دولار سنوياً ، رغم إدعائها بأنه لا يمتلك أكثر من (30%) من الإمكانيات والموارد الطبية المتوفرة في لبنان (www.daralhyat.com , 2003).

الشكل رقم (19)



المصدر : وزارة الصحة ، بيانات غير منشورة ، **2004** ، عمان .مستشفى بيروت ، **2004** ، بيروت .

نستنتج من الشكل السابق ما يلي :

1-تقل رسوم الأطباء في الأردن بنسبة تصل إلى (50%) عن مثيلتها في لبنان .

2-تقل أسعار الخدمات العلاجية في لبنان عن مثيلتها في الأردن بنسبة تتراوح بين (188%-32%) في جراحة الكلى و المساعدة على الإنجاب وذلك على التوالي .

3 -تقارب أسعار خدمات الولادة القيصرية واستئصال اللوزتين بين الأردن ولبنان .

2.4.2.5 السوق المصري Egyptian Market

أولاً : نقاط القوة

-التحالفات الإقليمية في مجال صناعة الأدوية .

-استهداف الأسواق الإفريقية الناشئة لجذب المرضى وطالبي العلاج .

- تقديم الخدمات العلاجية بأسعار منخفضة نسبياً .

-التميز في العلاج الطبيعي لأمراض الروماتيزم ، والاكتئاب النفسي ، والشلل الرعاش والدماغي (www.sis.gov.eg , 2005).

-إدماج السياحة العلاجية كجزء من خطط التسويق السياحي الوطنية .

-ربط تقديم الخدمات العلاجية السريرية في مواقع العلاج الطبيعي (www.egy-pt.com ,2005).

-الاستثمارات الطبية الكبيرة في الأجهزة وتكنولوجيا العلاج الطبيعي تقدر بنحو (226) مليون دولار في كل مرحلة .

-القرى السياحية المتخصصة للعلاج والاستجمام في ما يقارب (1356) موقع مؤهل.

-الوحدات الطبية المتخصصة في الحجر الصحي ، ومستشفيات جراحية ليوم واحد ، ومعالجة الجذام (وزارة الصحة والسكان ، 2005، www.mohp.gov.eg).

-الاهتمام الحكومي بقطاع السياحة العلاجية بنسبة نمو وصلت (40%) (وزارة الصحة والسكان ، 2006 ، www.mohp.gov.eg ، تصريح وزير الصحة المصري).

-مصدر رئيسي للمستحضرات الطبية لنحو (27) دولة عربية وإفريقية بواقع (33) مليون دولار (وزارة الصحة والسكان ، 2006 ، www.mohp.gov.eg ، تصريح وزير الصحة المصري).

ثانياً : نقاط الضعف

-حجم تصدير الخدمات العلاجية للأسواق الخارجية قياساً بالإمكانات المتاحة فيها .

-ضغط الطلب المحلي لدرجة تفسر ضعف الجودة والحاجة إلى تنظيمه في فترات معينة (وزارة الصحة والسكان ، 2005 ، www.mohp.gov.eg).

-مزاحمة الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي بين تخصيصات واستخدامات أخرى غير تقديم الخدمة العلاجية للطلب الخارجي كمعالجة الأمراض المتوطنة -مثل البلهارسيا - (وزارة الصحة والسكان ، 2005 ، www.mohp.gov.eg).

-هجرة القوى الطبية إلى الأسواق المجاورة لضعف الحوافز النقدية المتاحة .

-المبالغة في حجم الطلب المستهدف على الخدمات العلاجية الطبيعية إلى نحو مليون سائح سنوياً ، بشكل قد يسبب الضغط على الجهود والموارد المتاحة لتحقيق ذلك .

ثالثاً : الفرص

-استثمار القطاع الخاص في قطاع الخدمات العلاجية بشقيه السريري والطبيعي .

-سياحة الكبار والمتقاعدين في العلاج الطبيعي (أمراض الشيخوخة) .

-الأسواق الأوروبية تحديداً لترويج السياحة العلاجية المناخية .

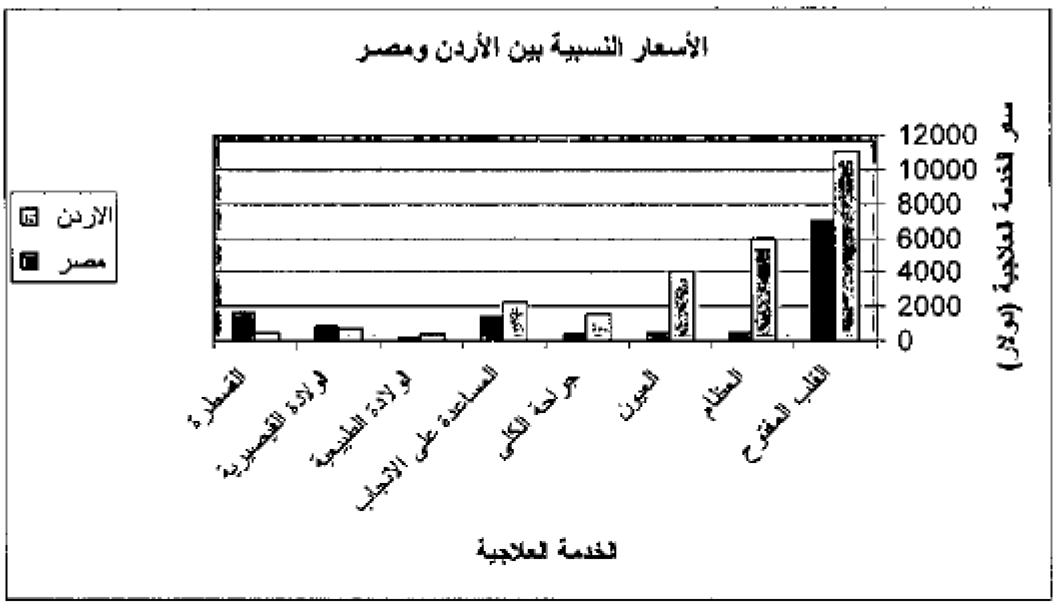
-الأسواق الأفريقية الناشئة التي تتطلب موارد مالية بسيطة في الترويج والدخول .

رابعاً : التهديدات

-أسواق الأردن ولبنان .

-السوق اليوناني كمقصد منافس في مجال السياحة العلاجية الاستشفائية للمرضى العرب من الخليجيين .

الشكل رقم (20)



المصدر : وزارة الصحة ، بيانات غير منشورة ،2004 ، عمان . وزارة الصحة ، أسعار الخدمات العلاجية، 2004 ، القاهرة.

ويبين الشكل السابق رقم (20) مقارنة بين أسعار بعض الخدمات العلاجية المباعة في كلٍ من الأردن ومصر ، وهو يشير بوضوح إلى انخفاض معظم أسعار الخدمات العلاجية في مصر خاصة القلب المفتوح ، وجراحة العظام ، والكلى . فيما ترتفع فيها أسعار خدمات القسطرة والولادة القيصرية بشكل واضح مقارنة بمثيلتها في الأردن ، وهذا يعني أن الميزة السعرية تصب للأولى ، لكن تبقى الجودة هي المقياس بينهما ، كما أن تكاليف الأطباء في مصر تقل بنحو (10) أضعاف عن مثيلتها في الأردن .

3.4.2.5 السوق الإسرائيلي Israeli Market

أولاً : نقاط القوة

-خطط التأمين الصحي Sick Funds التي تغطي نحو (95%) من السكان (Rosen , Health Care Systems in Transitions , 2003, P.8).

-حزمة متطورة من الخدمات العلاجية في أمراض القلب ، و السكري، والسرطان .

-انخفاض معدل استهلاك الكحول ، والتدخين إلى (27%) بين الأفراد الذين تزيد أعمارهم عن (18) عاماً لكنها تزداد في الإناث الشابات والمراهقين(www.health.gov.il , 2006).

-العناية الاجتماعية لكبار السن ، والعناية المنزلية المتخصصة لتقديم الخدمات العلاجية المزمنة والمتخصصة للمرضى والعاجزين في منازلهم.

-القوى الطبية العاملة بشكل يفوق معظم الدول المتقدمة في هذا المجال .

-صناعة الأدوية المتطورة التي تستهلك ما بين(15%-20%) من مجمل الإنفاق الصحي .

-ارتفاع معدل الدخل المخصص للإنفاق على شراء الخدمات العلاجية .

-مخصصات البحث العلمي التي وصلت إلى (41%) من الإنفاق على العناية الصحية(Rosen , Health Care Systems in Transitions , 2003, P.39).

ثانياً : نقاط الضعف

-عدم كفاية الخدمات العلاجية المتاحة للسوق المحلي .

-ازدواجية الدور الذي تقوم به وزارة الصحة كمزود ومنظم للقطاع .

-ضعف التمويل المتاح وآليات الموازنة وتخصيصاتها بين الاستخدامات المختلفة.

-ضعف درجة رضا العاملين في المستشفيات والحوافز المقدمة لهم.

-ضعف ميل الأسواق العربية لشراء الخدمات العلاجية من إسرائيل.

-ضعف الاستقرار السياسي والأمني في إسرائيل .

-ارتفاع معدلات أسعار بيع الخدمات العلاجية فيها .

-ضعف الطلب الخارجي على شراء الخدمات العلاجية من السوق .

-صعوبة دخول وخروج المرضى الأجانب إلى السوق بسبب القيود السياسية والأمنية والاجتماعية المفروضة عليهم .

-حيازة المستشفيات النفسية **psychiatric** على نحو (95%) من حجم الآسرة .

-ضعف القدرة على استيعاب الطلب الخارجي بسبب حيازة الطلب المحلي على (93%) من الطاقة المتاحة .

-ضعف الخدمات التي تقدمها الحكومة في مجال العلاج التأهيلي والتكميلي ، و العيون ، والعناية السنية (**Rosen , Health Care Systems in Transitions , 2003, P.26**).

-تهتم الخطط الصحية المباعة ، بالشباب والأفراد الأفضل صحة والذين يستهلكون أقل ما يمكن من العناية الصحية ، و الأفراد ذوي الدخول المرتفعة وذوي المساهمات الأعلى .

-تركيز الخطط الصحية على كبار السن والأفراد الفقراء والأكثر حاجة للعناية الصحية.

-تدني نسبة الإنفاق الاستثماري على شراء وتطوير التكنولوجيا الطبية في الخطط المباعة، إلى نحو (1%) من مجمل تكلفة هذه الحزم (**Rosen , Health Care Systems in Transitions , 2003, P.26**).

ثالثاً : الفرص

-تقاسم تكلفة شراء الخدمات العلاجية مع طرف ثالث **Cost Sharing** (شركات التأمين).

-الأسواق المحيطة خاصة الأردن ومصر لتصريف فائض الطلب المحلي فيها (كلاهما يحتفظ باتفاقيات سلام مع إسرائيل) .

رابعاً : التهديدات

-لا يوجد في الوقت الحالي فرصة لقيام طلب خارجي على الخدمات العلاجية المتاحة في إسرائيل ، ويبقى السوق الإسرائيلي أكثر تقدماً من حيث التقنيات والأجهزة المتاحة لديه، مقارنة بالأسواق المحيطة المكملة وليست المنافسة له .

يخلص القول ، بأن قطاع السياحة العلاجية في لبنان يشكل منافساً قوياً لمثله في الأردن بشكل واضح ؛ وهذا التنافس قائم على اعتبارات تتعلق بجودة الخدمات العلاجية المتاحة ، والمدعمة بعناصر الترفيه و الاستجمام ، إضافة إلى الأسعار المنافسة والعروض السعرية التي يبيع بها خدماته العلاجية والسياحية . كما يركز في الاتجاه ذاته على الأسواق التي يستهدفها المنتج الأردني بخاصة أسواق الخليج العربي ، وهذا يبرز بصورة واضحة حاجة الأخير إلى تكثيف المزيد من الخطط والبرامج الترويجية التي من شأنها تسريع الطلب الكامن في الأسواق العربية عموماً والخليجية خصوصاً .

ويرى الباحث ، أن تطور الصناعة الدوائية في مصر قد جعلها منافساً للصناعات الدوائية العربية عموماً ، وكان ذلك التطور على حساب تقديم خدمات علاجية كافية وملائمة للتطورات الطبية في السوق المصري . فتطور صناعة الأدوية لا يمكن اعتباره سبباً وراء قيام السياحة العلاجية في مصر ، إذا علمنا أن القطاع العام ما زال منشغلاً في معالجة الأمراض المتوطنة وتقديم خدمات الرعاية الأولية للسكان . لكن تبين المعلومات أن قطاع التأهيل والعلاج الطبيعي في مصر يعتبر القناة الأبرز في القطاع الطبي المصري ، والتي يمكن من خلالها تعويض النقص الحاصل في الخدمات العلاجية السريرية .

أما ارتفاع معدلات الإشغال في المستشفيات الإسرائيلية إلى نحو (93%) ، بجانب ارتفاع تكلفة شراء الخدمات العلاجية فيها ، وعدم شمول خطط التأمين الصحي لكثير من الخدمات العلاجية المطلوبة ، إضافة إلى الظروف السياسية والأمنية فيها ، قد تمثل بجموعها أسباباً تجعل السوق الإسرائيلي سوقاً مستهدفاً لتسويق الخدمات العلاجية داخله ، خاصة في مجال العناية السنية وأمراض العيون ، ولا يمكن اعتباره منافساً للخدمات العلاجية العربية . كما يمكن دراسة هذا السوق بشكل متكامل مع السوق الفلسطيني ، بحيث تقدم لهم الحوافز والمزايا العلاجية الجاذبة كسوق واحد .

خلاصة القول ، أن الضعف النسبي في الطلب الخارجي على خدمات قطاع السياحة العلاجية في الأردن ناجم أساساً عن ضعف الجوانب الفنية غير التشغيلية لدى مزودي الخدمة العلاجية فيها، وبشكل خاص الضعف الواضح في النواحي التسويقية والترويجية ومحدودية الموارد المالية المخصصة لها ، وتضارب وتعارض الأولويات والأهداف في خطط السياحة الوطنية . كما يتسم القطاع بضعف الصلاحيات الممنوحة للمستويات الإدارية المتوسطة والدنيا لتسريع الإجراءات واتخاذ ما يلزم من قرارات ، وسرعة تبدل القرارات وصانعيها بشكل سبب عدم وضوح الرؤية المستقبلية والمسؤوليات التي تتبناها الحكومات المتعاقبة ، ويبين الجدول التالي رقم (108) المكانة التنافسية لكل سوق على حده كما يلي :

الجدول رقم (108)

المكانة التنافسية للأسواق المختلفة

السوق	الأردن	مصر	لبنان	إسرائيل
الخدمات العلاجية المتاحة	جراحة القلب ، السرطان ، العظام ، المساعدة على الإنجاب، الباطنية.	التأهيل الطبيعي ، التجميل ، الاكتئاب النفسي ، الشلل الرعاش والدماغي.	تقليص المعدة، التجميل، تشوهات الخلقية عند الأطفال، جراحة الترميم .	القلب ، السكري، السرطان .
التسعير	أكثر بنحو (30%) عن لبنان ، وبين (50%-70%) عن مصر.	الأقل سعراً بين مختلف الأسواق	تزيد بنحو (30%) عن السوق المصري.	أقل من الأردن بنحو (50%) .
خدمات يحتاجها السوق	أمراض الأطفال .	أمراض القلب ، السرطان ، الضغط، السكر، السمنة .	جراحة الأعصاب .	الأمراض السنية ، العيون ،العلاج التأهيلي والطبيعي .
عوائق تصدير الخدمات العلاجية من السوق	الجوانب التسويقية	ضغط الطلب المحلي	الاستقرار السياسي	الاستقرار السياسي
مخصصات الترويج السياحي (2001) دولار	5 مليون	35 مليون	N.A	60 مليون

5.2.5 الاستراتيجية التسويقية المقترحة

يرى الباحث أن تصميم مصفوفة تنافسية للمستشفيات المحلية التي تصدر خدماتها العلاجية للخارج ، وبما يضمن نمو الحصة السوقية لها ، ودخول أسواق خارجية أخرى جديدة ، فيعبر عنها الباحث بالاستنتاجات التالية :

1 .5.2.5 المنتج العلاجي المناسب للأسواق القائمة

-حاجة السوق السعودي إلى خدمات جراحة العيون ، والأورام ، وزراعة القلب ، والدماغ والأعصاب ، وأمراض الدم ، والأعضاء والأطراف الصناعية، وجراحة الأسنان .

-حاجة السوق البحريني إلى خدمات علاج أمراض القلب والجهاز الدموي ، والأورام ، وأمراض الغدد الصماء ، وأمراض الجهاز التنفسي ، وأمراض الجهاز التناسلي .

-حاجة السوق الفلسطيني إلى خدمات علاج الأورام ، وأمراض الدم .

-حاجة السوق السوري إلى خدمات علاج جراحة العيون ، والقلب والشرايين ، والسرطان ، والإدمان ، والأطفال، والأعصاب .

-حاجة السوق اليمني إلى معظم الخدمات العلاجية المتاحة في الأردن .

-الحاجة للتوجه إلى دول جنوب شرق آسيا مثل اندونيسيا وماليزيا ، وفرصة دخول السوق الإسرائيلي كسوق مستهدف لتسويق الخدمة العلاجية الأردنية داخله .

2 .5.2.5 استراتيجية التسعير المقترحة

يقوم التسعير الجغرافي على السوق المستهدف ، أو المكان الجغرافي الذي ستعرض فيه الخدمة العلاجية ، وذلك بأسعار تختلف من موقع لآخر أو من سوق إلى آخر ، ويعزي الباحث ذلك التفاوت إلى اختلاف مرونة الطلب السعرية بين تلك الأسواق ، وفي هذا الصدد يقترح الباحث الجدول التالي كمدخل لتسعير الخدمات العلاجية الأردنية في السوق المستهدف :

الجدول رقم (109)

المصفوفة المقترحة لتسعير الخدمات العلاجية

عناصر المصفوفة	مرونة منخفضة	مرونة مرتفعة
طلب مرتفع	سعر مرتفع	سعر منخفض
طلب منخفض	سعر مرتفع	سعر منخفض

3 .5.2.5 طرق الترويج المقترحة

تلعب هذه الأدوات دوراً مهماً في زيادة وعي المرضى تجاه الخدمة العلاجية الأردنية ، وتعمل أيضاً على تعميق التصور العام والمكانة الذهنية لتلك الخدمة في أذهان المرضى القائمين والمحتملين ، حيث يمكن من خلالها التعرف على ردود أفعال المرضى عن الخدمة العلاجية المباعة، وعليه يمكن القول أن تلك الأساليب هي وسيلة اتصال تنفذها المستشفيات لزيادة حجم المبيعات من الخدمات العلاجية المتاحة لديها ، وتقسم هذه الأدوات إلى ما يلي :

1-تسويق ما قبل عملية شراء الخدمة العلاجية ونقترح : استخدام الوكلاء الطبيين والوسطاء التسويقيين، والإنترنت والمواقع الالكترونية للمستشفيات، والبريد المباشر، والبطاقات البريدية، و التسويق الهاتفي ، والصحف والمجلات والإعلانات التلفزيونية والفضائية .

2-تسويق ما بعد عملية الشراء ونقترح مجموعة من الأدوات تشمل : الهدايا التذكارية ، ورسائل عبر البريد العادي والإلكتروني، ورسائل شكر وتقدير للمريض أو الجهات الضامنة، والاستفسار والسؤال عن صحة المريض ، وبطاقات المعايدة ، وجمع توزيع التجارب الطبية الناجحة في كتاب.

4.5.2.5 الدخول والنمو في الأسواق المستهدفة :

يبين الجدول التالي رقم (110) ، أن استراتيجية تحقيق النمو في الطلب الخارجي على الخدمات العلاجية المحلية ، تتضمن مجموعة من البدائل كما يلي :

الجدول رقم (110)

مصفوفة النمو المقترحة لجذب الطلب الخارجي

عناصر المصفوفة	سوق كبير	سوق مرتفع الدخل	سوق مزدحم بالمنافسين
جودة عالية	نمو كبير	نمو متوسط	نمو ضعيف
كوادر معالجة متميزة	حصة كبيرة	حصة متوسطة	حصة قليلة
سعر مرتفع	طلب ضعيف	طلب مرتفع	طلب ضعيف

1.النمو القائم على الخدمة العلاجية المقدمة Service Based Growth

فالقدرة على توصيل الخدمات العلاجية إلى أسواق كبيرة ، تتنوع فيها الخصائص السكانية ، والاجتماعية ، والثقافية ، والعمرية للمرضى ، عندها يمكن تحقيق معدلات نمو مرتفعة الطلب الخارجي على الخدمات العلاجية المحلية ، خاصة إذا كانت تلك الأسواق تتميز بضعف في حجم الخدمات العلاجية المتاحة لديها ، وتنخفض فيها معدلات الجودة أيضاً . وهنا يمكن أن تكون هذه الاستراتيجية فاعلة في تلك الأسواق ، أكثر من الأسواق الأخرى الأقل حجماً .

2. النمو القائم على الكوادر الطبية المعالجة Labor Based Growth

فكما بينت النتائج أن خصائص الكوادر الطبية العاملة في المستشفيات المحلية : كسنوات الخبرة ، والجنس ، و حسن سمعة الأطباء العاملين ، والتدريب والتأهيل المستمر لها ، قد شكلت بمجموعها عوامل جاذبة للطلب الخارجي على شراء الخدمات العلاجية المحلية ، ولكن عند قياس أثر تلك العوامل في الأسواق الكبيرة ذات الدخل المرتفع ، أو تلك التي تزدحم بالمنافسين ، فهنا يجب تقليل الجهود المبذولة فيها ، لأن إيصال الخدمة العلاجية إليها ، يتطلب مواصفات معينة ، ونفقات مالية إضافية في مجال الترويج بسبب كثرة الرسائل الإعلانية للمنافسين فيها .

3. النمو القائم على السعر Selling Price Based Growth

يعتبر سعر بيع الخدمة العلاجية المحلية في الأسواق العربية التي تم دراستها ، من أبرز العناصر التي تؤثر على قرار شراء الخدمة العلاجية من الأردن ، وبالتالي فإن حجم تأثير السعر على الكمية المطلوبة من الخدمات العلاجية ، يعتمد على درجة تطور القطاع الطبي في السوق المستهدف ، ومدى الحاجة للخدمة العلاجية ، وحجم المنافسين فيه ، إضافة إلى اعتبارات الجودة . ولذلك فإن الدخول إلى الأسواق الكبيرة بأسعار مرتفعة ، يعني بوضوح إمكانية الحصول على كمية قليلة من مجمل الطلب المتاح ، وعلى حصة سوقية صغيرة ، وذلك لأهمية الاعتبارات السعرية التي ترتفع في تلك الأسواق كسوريا ، واليمن . بينما الدخول بأسعار مرتفعة إلى الأسواق التي ترتفع فيها القوة الشرائية للمريض ، عندها يشعر هذا المريض بوجود علاقة تناسبية بين السعر المرتفع والجودة المتحققة من الخدمة ، وهي بذلك السعر تشعره بالتميز والتفرد عن بقية المرضى ، خاصة في أسواق السعودية ، والبحرين ، وعمان .

أما فيما يتعلق بدخول الخدمات العلاجية المحلية إلى تلك الأسواق الخارجية ، فينظر إليها الباحث من خلال الجدول رقم (111) كما يأتي :

1. الدخول القائم على السعر Price Based Entry

تشمل تلك الاستراتيجية دخول جميع الأسواق الخارجية المستهدفة ، من خلال فرض معدلات مرتفعة أو منخفضة من أسعار البيع . لكن بينت النتائج بوجوب دراسة كل سوق بشكل منفصل عن السوق الآخر ، وذلك لعوامل تتعلق باختلاف مرونة الطلب السعرية لكل منها ، وحجم المنافسين ،

والخدمات العلاجية التي يحتاجها كل سوق على حده ، وشدة الحاجة إليها . وترى الدراسة أن الدخول إلى الأسواق المستهدفة بأسعار معتدلة لبيع الخدمة العلاجية ، وقليل من النشاط الترويجي ، عندها يمكن تحقيق درجة مقبولة من الدخول والحصول على حصة في تلك الأسواق .

2. الدخول القائم على الترويج Promotion Based Entry

ينظر إلى النشاط الترويجي في المستشفيات ، على أنه وسيلة لإقناع المريض بشراء الخدمة العلاجية التي ينتجها ، فالرسائل الإعلانية الموجهة إلى هذا المريض ، تحتوي على كثير من المعلومات التي يحتاجها عن الخدمة العلاجية المتاحة ، ونوعها ، ومكان وجودها ، وطريقة استخدامها ، وكيفية الحصول عليها ، وسعر بيعها ، وبالتالي فهي ليست وسيلة لتحقيق التمايز والتفرد في السوق ، ولكنها وسيلة للدخول إليه ، بالتالي يسعى الباحث إلى بيان أهمية الترويج في تحقيق ذلك ، وكلما زاد معدل الإنفاق على ترويج الخدمات العلاجية ، وانخفضت أسعار بيعها ، عندها أمكن دخول الأسواق الخارجية بنسبة أكبر .

الجدول رقم (111)

المصفوفة المقترحة لدخول الأسواق الخارجية

عناصر المصفوفة	سعر منخفض	سعر مرتفع
ترويج مرتفع	دخول سريع	دخول بطيء
ترويج منخفض	دخول بطيء	دخول ضعيف

في ضوء تلك الاعتبارات ، تقترح الدراسة مجموعة من أدوات الترويج البديلة التي يمكن استخدامها عند دخول الأسواق الأجنبية لبيع الخدمات العلاجية وهي كما يأتي :

-تشجيع نقل وتبادل الأفكار الترويجية ، واستخدام كلمة الفم المنقولة والرسائل الإخبارية التسويقية ، والمقابلات مع المدراء المحليين في تلك الدول وإبراز إمكانية تبادل القصص والتجارب الناجحة معها .

-اقتراح الأفكار القوية للمناسبات الدولية والمحلية وترويج المبيعات للخدمات العلاجية المناسبة.

-تشجيع الدول الأقل نمواً على استخدام التقنيات الترويجية المبتكرة كمصدر أساسي لتحقيق التمايز التنافسي.

-تحديد نفقات الترويج والبحث في أماكن القوة والضعف.

-إيجاد فرص عمل قادرة على تخطيط وتقييم ترويج المبيعات في الأسواق الأجنبية ، ووضع المعايير والإجراءات اللازمة بين الوحدات التشغيلية المختلفة.

-تنسيق العلاقات مع وكالات الترويج الدولية، وتطوير المهام المناسبة لقياس فعالية وكفاءة الترويج.

6.2.5 تنفيذ الخطة التسويقية

1.6.2.5 خطة العمل Action Plan

- الإنفاق المستمر على تحديث وتطوير المستشفيات العاملة ، والأصول المتداولة والثابتة فيها.
- رصد التطورات التكنولوجية الطبية الحديثة والعمل على حيازتها .
- تطوير الخدمات العلاجية التي يمكن اعتبارها رائدة في السوق المحلي.
- تطوير المهارات التسويقية المناسبة لتنفيذ الاستراتيجية .
- توفير المخصصات المالية الكافية للاستراتيجية .

2.6.2.5 الإطار الزمني لتنفيذ الاستراتيجية Time Table

تطبيق الاستراتيجية خلال فترة تمتد إلى عشر سنوات قادمة .

3.6.2.5 آليات التنفيذ

أولاً : على مستوى المستشفيات التي تبيع الخدمة العلاجية

-إنشاء أقسام خاصة لتسويق الخدمة العلاجية في المستشفيات المحلية ،وزيادة الوعي لدى تلك المستشفيات بأهمية الجانب التسويقي في خطط العمل التي تقرها .

-تأهيل وتدريب الكوادر الطبية المعالجة والإداريين والفنيين على اختلاف مستوياتهم الوظيفية، على أساليب تسويق الخدمة العلاجية ، وإدارة الخطط التسويقية وبرامجها في الأسواق المستهدفة وذلك انطلاقاً من مفهوم التسويق المتكامل في المستشفى **Integrated Marketing** .

-العمل على إيجاد قوى تسويقية عاملة ذات مؤهلات علمية عالية في المستشفيات ، يمكن من خلالها ممارسة العمل التسويقي بشكل كفء وفعال .

-فتح مكاتب ارتباط في الأسواق المستهدفة تابعة للمستشفيات ، مهمتها الأساسية تأمين المعلومات والتفاصيل اللازمة التي يحتاجها المريض في تلك الأسواق عن الخدمة العلاجية قبل قدومه إلى الأردن .

-تشجيع الاندماج الأفقي (الاحتفاظ بسيادة كل مستشفى ، وتقسيم الخدمة العلاجية بينها) بين المستشفيات الصغيرة العاملة في السوق المحلي ، أو محاولة زيادة أصولها لتصبح قادرة على الوصول إلى مستويات مرتفعة من التنافسية وتقديم خدمات علاجية ذات جودة عالية .

-التركيز على إبرام الاتفاقيات والبروتوكولات العلاجية ، مع المستشفيات وشركات التأمين العالمية، لما لها من دور مهم في تسهيل دخول الأسواق الخارجية وبأقل كلفة ممكنة .

-اقتطاع جزء من أرباح المستشفيات لصالح إنشاء وحدة مشتركة بينها ، تعنى بتسويق خدماتها العلاجية في الخارج ، وعدم الاعتماد على جمعية المستشفيات الخاصة ، أو مديرية السياحة الطبية العلاجية في هذا المجال .

-تبني الفلسفة السوقية القائمة على التوجه نحو السوق والسعي لإرضاء المريض وتلبية حاجاته ، والتركيز على تسويق العلاقات وتوثيقها مع المرضى ، من خلال العلاقات المربحة طويلة الأجل **Relationship Marketing** .

-قيام الإدارات المعنية في المستشفيات بإجراء الدراسات الدورية وغير الدورية ، التي تقيس رضا المريض عن المستشفى ، ومستوى الخدمة العلاجية المقدمة ، ومستوى الكوادر الطبية والتمريضية العاملة فيها .

-إنشاء وحدات خاصة في المستشفيات العاملة ، تعنى بدراسة الأسواق الخارجية من جانب تأثير السعر ، وتحدد من خلالها حزمة الأسعار الترويجية التي تناسب كل سوق على حده.

-إيفاد العاملين في أقسام التسويق في المستشفيات المحلية ، في دورات تدريبية للخارج للاستفادة من التجارب العالمية في هذا المجال .

-التركيز على عقد المؤتمرات وورش العمل ، والمشاركة في المعارض والأجنحة الطبية التي تعقد في الخارج ، لإظهار المستوى الذي وصلت إليه الخدمة العلاجية في الأردن.

-العمل على إيجاد ملحق صحي في السفارات الأردنية العاملة في الخارج ، على أن لا يكون من الأطباء ، مهمته الأساسية هي تسويق الخدمة العلاجية ، وتصميم أدوات الترويج المناسبة، وتوفير التقارير اللازمة عن المنافسين والعاملين في تلك الأسواق .

-إشراك المستشفيات الخاصة في رسم الخطط المستقبلية التي تعنى بتنظيم وإدارة قطاع السياحة العلاجية في الأردن .

ثانياً : على مستوى الأجهزة الرسمية الحكومية

-إنشاء هيئة حكومية مستقلة لتنمية السياحة العلاجية في الأردن تابعة لرئاسة الوزراء ، تكون بديلة لمديرية السياحة الطبية العلاجية ، وتسند إليها مهمة إدارة القطاع وتنظيمه وترويجه، بعيداً على مركزية وزارة الصحة ، ووزارة السياحة والأجهزة التابعة لهما ،وتعين لها الكوادر الطبية والإدارية والتسويقية اللازمة بعيداً عن البيروقراطية الحكومية.

-إلغاء التشريعات الخاصة بجمعية المستشفيات الخاصة ، وجعلها مكملة لعمل الهيئة العامة لتنمية السياحة العلاجية .

-إصدار حزمة من القوانين التي تشجع اندماج المستشفيات الصغيرة مع بعضها البعض ، ووضع القيود التنظيمية ، والإدارية ، والمالية ، والفنية التي تعيق استمرار عمل مثل تلك المستشفيات في السوق إذا رفضت التكتل والاندماج .

-إعادة هيكلة وزارة السياحة والآثار إلى مديريات ، تعنى كل منها بنمط سياحي معين ، وتوكل إليها مهام المراقبة والتنظيم، وجمع الإحصاءات والبيانات السياحية،مثل مديرية السياحة العلاجية، مديرية السياحة البيئية ، مديرية السياحة التاريخية ...الخ .

-إصدار معايير خاصة لتصنيف المستشفيات العاملة في الأردن ، ووضع معايير لضبط الجودة الشاملة للخدمات العلاجية فيها .

-تشجيع رؤوس الأموال الأردنية على الاستثمار في الأسواق المستهدفة ، وإنشاء المستشفيات التي تلبي حاجات المرضى في تلك الأسواق خاصة في أسواق السودان واليمن .

-تشجيع إقامة المعارض الطبية السنوية في الأردن ،وإنشاء أجنحة خاصة تقدم الاستشارات العلاجية المباشرة للمرضى والزوار، بمشاركة جميع المستشفيات العاملة في الأردن، على غرار الجناح اللبناني في القرية العالمية بدبي .

-إصدار التشريعات التي تحد أو تعفي المستشفيات الخاصة من الضرائب المفروضة عليها ، لصالح صندوق خاص يعنى بإجراء الدراسات والأبحاث العلمية لتطوير قطاع السياحة العلاجية في الأردن.

-حث المكاتب السياحية العاملة في الأردن ، على ترويج السياحة العلاجية في الأسواق الخارجية ، وتقديم الخدمات السياحية التي يطلبها المريض ، أسوة بالسائح الذي يشتري المنتجات السياحية الأخرى .

-تبني الهيئة العليا لتنمية السياحة العلاجية ، لشركة الملكية الأردنية كناقل رسمي للمرضى الأجانب الوافدين للعلاج في الأردن ، مقابل تقديم خصومات سعرية على تذاكر السفر ، وتقديم تسهيلات مالية ومادية معينة لمن يكرر شراء خدمة السفر من الخطوط ذاتها .

-القيام بترويج الخدمة العلاجية المحلية في الأسواق المنافسة التي تبيع خدمات علاجية منافسة للمرضى الأجانب مثل مصر ، ولبنان ، وإسرائيل .

-عقد مؤتمر وطني أو خلوة اقتصادية للسفراء والممثلين الدبلوماسيين الأردنيين العاملين في الخارج، وللسفارات الأجنبية في الأردن ، لتعريفهم بمفهوم السياحة العلاجية ، ومتطلباتها ، وأنواع الخدمات العلاجية التي يتميز فيها الأردن .

7.2.5 التغذية العكسية للاستراتيجية Feed Back & Control

-**رئاسة الوزراء** :توفير الإطار التشريعي والقانوني اللازمين للبرنامج ، ومتابعة تنفيذه .

-**وزارة الصحة** : مراقبة أداء المستشفيات وتقويمها .

-**وزارة السياحة والآثار** :حلقة وصل مع الجهات الأخرى ذات العلاقة مثل الجمارك ، ووزارة الداخلية ، ووزارة الخارجية ، والملكية الأردنية .

-**الهيئة العليا لتنمية السياحة العلاجية** :تنفيذ البرنامج وتوفير التقارير الأولية للجهات العليا عن نسبة الإنجاز ، وأسباب الاختلاف بين المتحقق والمرغوب .

-**هيئة تنشيط السياحة** : تصميم الحزم الترويجية للبرنامج .

-**السفارات الأردنية في الخارج** :إيجاد ملحق صحي متخصص لتسويق البرنامج في الخارج (غالباً ليس طبيب).

-**المستشفيات الخاصة** :تسويق البرنامج داخل الأردن على السفارات الأجنبية العاملة، وشركات التأمين .

8.2.5 اتجاهات بحث مستقبلية

حاولت هذه الدراسة تطوير استراتيجية تسويقية لتنمية السياحة العلاجية في الأردن ، وتوصلت إلى نتائج معينة في هذا المجال ، ويرى الباحث أن هذه الدراسة تعتبر من أول الدراسات العلمية في الأردن ، التي درست العوامل المؤثرة على قطاع السياحة العلاجية بنوع من التفصيل (التسعير ، والترويج ، والتوزيع ،والاستثمار الطبي والسياحي،والكوادر الطبية المعالجة ، والخدمات الأساسية ، وخصائص المرضى القادمين ، والسياسات الحكومية المتعلقة بالقطاع) ، كما حاولت صياغة المتغيرات الأكثر أهمية في شكل استراتيجية وطنية لتنمية السياحة العلاجية .

من جانب أخر قامت بدراسة قطاع السياحة العلاجية السريري والاستشفائي بشكل علمي منهجي ، لكون أن معظم ما بحث في هذا المجال لا يتجاوز ذكر الخصائص الفيزيائية للسياحة الاستشفائية ، والمستشفيات الخاصة والخدمات العلاجية التي تقدمها .

انطلاقاً مما سبق ، فإن الباحث يقدم مجموعة من الأفكار التي قد تكون نواة لأبحاث مستقبلية، وامتداداً لهذه الدراسة :

-البحث بشكل مفصل عن المتغيرات التي تؤثر في قدرة المستشفيات الحكومية الكبيرة التي تستقطب مرضى وافدين، وذلك على تنمية الطلب الخارجي على خدماتها العلاجية ، ومقارنة نتائج الدراستين معاً .

-دراسة تأثير متغيرات أخرى لم يتضمنها النموذج الحالي في الدراسة ، خاصة وأن هناك بعض المتغيرات المستقلة قد فشلت في التأثير على المتغير التابع ، مما يعطي انطباعا بأن هناك متغيرات أخرى لم يتضمنها النموذج ، ولم تقم الدراسة بتقصي أثارها ، وتعتبر مؤثرة على تطوير الاستراتيجية التسويقية .

- الاستفادة من جميع المتغيرات المستقلة التي وردت في هذه الدراسة ، بتطبيقها على أنماط سياحية أخرى مثل السياحة البيئية ،والتعليمية ، والتاريخية ،والرياضية ، والطبيعية، وذلك بهدف المساهمة في تحديد المتغيرات المؤثرة على كل نمط سياحي ، والخروج منها بالاستراتيجية التسويقية المناسبة لكل واحد منها على حده .

المراجـــــــــع

أ. المراجع العربية

ب. المراجع الأجنبية

ج. المراجع الالكترونية العربية

د. المراجع الالكترونية الأجنبية

أ. المراجع العربية :

-**أبو رمان** ، أسعد (1997) ، تسويق الخدمة وإمكانية تطويرها في المنظمات السياحية من وجهة نظر النزلاء " دراسة على منتجع حمامات ماعين السياحي في الأردن " ، رسالة ماجستير غير منشورة . جامعة الموصل ، الموصل ، العراق .

-**أبو علفة** ، **عصام** (2002) ، التسويق (المفاهيم – الاستراتيجيات) النظرية والتطبيق ، طبعة مزيدة ومنقحة . الإسكندرية : مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع .

-**الأمم المتحدة** (2005) ، خدمات السياحة في إطار الاتفاق العام بشان تجارة الخدمات . أوراق موجزة مقدمة للمؤتمر الوزاري الرابع لمنظمة التجارة العالمية (10- ب) . الدوحة : اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا.

-**البشايرة** ، راتب (2002) ، الجغرافيا السياحية في منطقة غور الأردن ومردودها الاقتصادي، رسالة دكتوراه غير منشورة . جامعة النيلين ، الخرطوم ، السودان .

-**البكري** ، ثامر (2005) ، تسويق الخدمات الصحية ، الطبعة الأولى . عمان : دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع .

-**جاد الله** ، فوزي (1985) ، الصحة العامة والرعاية الصحية ، الطبعة الخامسة . القاهرة : دار المعارف .

-**الجهاز المركزي للإحصاء** (2004) ، بيانات إحصائية سنوية . صنعاء : وزارة التخطيط.

-**حداد** ، مناور والخطيب ، حازم (2002) ، مبادئ الاقتصاد الكلي ،الطبعة الأولى . عمان : الشركة الجديدة للطباعة والتجليد .

-**دائرة الإحصاءات العامة** ، (أيار 2004) ، **الأردن بالأرقام** ، العدد 6 . عمان : وزارة التخطيط.

-**دائرة تشجيع الاستثمار** (2005) ، قانون تشجيع الاستثمار رقم (16) لسنة 1995 . عمان : وزارة الصناعة والتجارة .

-**الرواي** ، خالد و **السند** ، حمود (2001) ، مبادئ التسويق الحديث ، الطبعة الأولى . عمان : دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة .

-**سلامة** ، إلياس و الريماوي ، عمر (1997) ، السياحة العلاجية : مياه الاستشفاء في الأردن. عمان : وزارة السياحة والآثار .

-**السيفو** ، وليد إسماعيل ، (1988) ، المدخل إلى الاقتصاد القياسي ، الطبعة الأولى . بغداد : دار الكتب للطباعة والنشر .

-**الشلبي** ، فيصل (1999) ، مستوى الخدمة الصحية في المستشفيات الحكومية في الأردن ، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة اليرموك : إربد ، الأردن .

-**عبيدات** ، محمد (2000) ، التسويق السياحي ، مدخل سلوكي ، الطبعة الأولى . عمان : دار وائل للطباعة والنشر .

-**العتوم** ، شفيق **والعاروري** ، فتحي (1995) ، الأساليب الإحصائية ، الطبعة الأولى . عمان: دار المناهج للنشر والتوزيع .

-**العدوان** ، ياسر و**عبد الحليم**، أحمد (1997) ، العوامل والتغيرات المرتبطة بالرضا عن الخدمات المقدمة في المستشفيات ، عند المرضى المقيمين فيها .أبحاث اليرموك ، المجلد 13 ، العدد 1 ،ص 303 – 319 : جامعة اليرموك ، إربد ، الأردن .

-**فالدستين** ، بول (2002) ، اقتصاديات الرعاية الصحية ، الجزء الأول ، ترجمة عبد الله محمد حامد ، الرياض ، النشر العلمي والمطابع : جامعة الملك سعود .

-**مركز المعلومات الصحية الفلسطيني** (2003)، المؤشرات الأساسية للمستشفيات في فلسطين. فلسطين : وزارة الصحة .

-**معلا** ، ناجي (1996) ، الأصول العلمية للترويج التجاري والإعلان ، الطبعة الثانية . عمان.

-**مقابلة** ، خالد و **الحاج ذيب** ، فيصل (2000) ، صناعة السياحة في الأردن ، الطبعة الأولى. عمان : دار وائل للطباعة والنشر ، سلسلة السياحة والفندقة (6) .

-**المهيرات** ، بركات (1995) ، تنمية السياحة على الساحل الشرقي للبحر الميت ، رسالة ماجستير غير منشورة ، الجامعة الأردنية : عمان ، الأردن .

-**النصر** ، محمد و **شامية** ، عبد الله (1989) ، مبادئ الاقتصاد الجزئي ، الطبعة الأولى ،إربد: دار الأمل للنشر والتوزيع .

-**نصيرات** ، فارس (1998) ، المعايير التي يستخدمها مستهلكو الخدمة الصحية (المرضى) ، عند اختيارهم لمشفى لتلقي العلاج في الأردن . **أبحاث اليرموك** ، المجلد 14 ، العدد1، ص 198 – 218: جامعة اليرموك ، إربد ، الأردن .

-**نصيرات** ، فريد و **الضمور** هاني (2004) ، تأثير المزيج التسويقي على اجتذاب المرضى العرب للعلاج في المستشفيات الأردنية .مجلة دراسات ، المجلد 31 ، العدد 2 ، ص 406 – 421 : الجامعة الأردنية ، عمان ، الأردن .

- **نصيرات** ،فريد و**الضمور** هاني (2000) ،مدى التشابه والتباين حول مكونات جودة الخدمة

الاستشفائية : دراسة تطبيقية على مستشفيات القطاع الخاص الأردني . مجلة جامعة الملك سعود للعلوم الإدارية ، المجلد 12، العدد 1 ، ص 46 –81 ، جامعة الملك سعود ، الرياض ، السعودية .

–**وزارة التخطيط والتعاون الدولي (1999-2003)** ،خطة التنمية الاقتصادية والاجتماعية، عمان.

–**وزارة التعليم العالي والبحث العلمي (2006)** ، **التقرير الإحصائي السنوي** . عمان .

–**وزارة الصحة (2006)** ، بيانات غير منشورة ، مستشفى الملك خالد ، الرياض .

–**وزارة الصحة (2006)** ، معلومات غير منشورة ، مركز الباسل لجراحة القلب ، دمشق .

–**وزارة الصحة والرعاية الصحية (2002)** ، **التقرير الإحصائي السنوي** .عمان .

–**وزارة الصحة والرعاية الصحية (2004)** ، **التقرير الإحصائي السنوي** . عمان .

–**وزارة المياه والري (1995)** ، **مشروع التطوير السياحي للشاطئ الشرقي للبحر الميت** . عمان: سلطة وادي الأردن .

–**الوكالة الأمريكية للإنماء الدولي (2005)** قياس رضا المرضى بخصوص الخدمات التي تقدمها مستشفيات وزارة الصحة . عمان ، الأردن .

ب. المراجع الإنجليزية :

-**Akaho .E& Others (1998)** , A Proposed Optimal Health Care Systems Based On A Comparative Study Conducted Between Canada & Japan . Canadian Journal of Public Health .

-**Alhahn Consulting (2002)** , Trends from The Best practices of World Class Service Marketing Organization .

-**AlvaRez .B & Casilles.R (2005)** , Consumer Evaluations Of Sales Promotion : The Effect on Brand Choice . **European Journal of Marketing** , VOL . 39, NO.1 , P.P 54-70 .

-**Amadoss** .W & **Jain** . S **(2005)** , Pricing of Conspicuous Goods: a Competitive Analysis of Social Effects **, Journal of Marketing Research**, , P.1 .

-**Anderson .S & Ward.C** & Koonoz .S & Peel .D & Trapp. J **(2000)**, Public Information Impacts On Price Discovery & Marketing Efficiency in The Fed Casttle Market , Oklahoma State University , P's 3,4,5.

-**AMIR Program (2002)** , The Jordan Medical Cluster , Final Report . Amman .

-Arab Bank Center for Scientific Research (2001) , Medical Services of The Private Sector in Jordan , Part 1 , Clinical & Management , 5-7 . Amman , Arab Bank .
-Bac ,C (2003), An International Comparison of Health Care Expenditure Determinants , Universie De Nates & Eurequa , Universite De Paris ,French Department For Work & Pension , 2-3 , 13-14 .
-Becker , G (1998), Health Sector Reform Analysis :Hospital Management & Information Systems , Health Technical Services Project, Health Care Management & Policy Ltd . Maryland .U.S.A , P.P 3-5 .
-Beltramini .R (2000) , Exploring The Effectiveness of Business Gifts : Replication & Extension . **Journal of Advertising** , American Academy of Advertising .
-Bhaskar .R & Krishnamurthi .M (2004) , Pricing Strategy -- Technology A prospective , California State University , International Academy of Business & Economics . **Journal of Academy of Business & Economics**,California , U.S.A , P.P 2-3.
-Bloomquist .S (1994) , Packaging : A Tourism Marketing Tool , New Mexico State University . New Mexico , U.S.A .
-Boyle .s & Harrison. A (2000) , Private Finance & Service Development , Constitute Public Policy Research . London , England , P.P 8-9 .
-Cavusgil . T (1996) , Pricing for Global Markets . **The Columbia Journal of World Business** , VOL.31 , No.4 , P.P 66-78 .
-Cavusgil .T & Chan. K & Zhang .C (2003) , Strategic Orientations in Export Pricing , A Clustering Approach to Create Firm Taxonomies . **Journal Of International Marketing .**
-Cesar , C & , Serven , L (2004) , The Effects of Infrastructure Development On Growth & Income Distribution , 2 , 4, 6, 26 .
-Colwell .L (1993) , Promoting for Pennies : 10 Intensive Marketing Ideas Worth Hundreds of Dollars . **Home Office Computing** .
-Croucher .J (2001), A Historical Analysis of Marketing Promotions . **Journal of The Academy of Business and Economics** , P.1.
-Cox .J & Monroe .B (2001) , Pricing Practices That Endanger Profits , Marketing Management , VOL 10 , P.P 42-46 .
-Czinkota.M & Ronkainen .L (2002) , An International Marketing Manifesto . Journal Of Marketing , VOL . 10 , No .4 .
-Davies .K (2004) , Marketing Strategy , University of Stirling , Department Of Marketing , U.K .
-Economic & Social Commission for Asia & The Pacific (2001) , Major Issues in Transport , Communications, Tourism & Infra structure

Development , Establishment of Consultative Mechanisms Among Key Maritime Stakeholders , Item 5 (d) of The Provisional Agenda .

-Edward , I (1994) , National & Regional Tourism Planning .

-Ellis .P (2003) , Are International Trade Intermediaries Catalysts In Economics Development ? Anew Research Agenda . **Journal Of International Marketing** , Vol.11 , No.1 .

-Grossman .M (1972) , On The Concept of Health Capital & The Demand For Health **.Journal Of Political Economy** , Vol .80 , No.2 **.**

-Gronroos . C (1994) , Services Quality Model & It's Marketing Implications **.European Journal of Marketing ,** Vol . 18 (4) , 36-45 .

-Gwin.C & Ong . S (2002) , Seller Versus Broker : Timing Of Promotion . **Journal Of Real Estate Research** .

-Guerrero & Mosse (2002), Does Hospital Investment Benefits From The Regionalization Communication for the Health Econometrics , XIV Conference , Health & Regionalization , Ajaccio , P.1 .

-Harper , S (2004) , Demand Better for Health Care , Conservative Part Of Canada . Canada , P.P 3-8 .

-Heaver .T (2001) , The Shipping Conferences Exemption Act : Review & Suggestions of Positions Appropriate for the Panel , P.1 .

-Herriott .S.R (1997), Communication Channels In markets : A Definition & Conceptualization . **Journal Of Marketing Communications** , VOL 3 , No 3 , 139-149 .

- **-Howard .S & Neill .P & Annette. P (1991)** , Responses To Prospective Payment By Rural New Mexico Hospitals . **Health Services Research** .

-Inskeep . E (1994),National & Regional Tourism Planning: Methodologies & Case Studies .Tourism Systems Analysis & Development in SNV Nepal , London .

-Jordan Tourism Board (2003) , Tactical Bridge Marketing Plan . Amman , Jordan , P.17 .

-Junoy .J & Saez . M & Garcia , E (2001) , Health Care Provider Choice In The Case of Patient – Initiated Contacts . Universitat of Pompeu Falra , Spain , 29-30 .

-Kalanidhi .S (2001) , Value Creation in A network , The Role of Pricing & Revenue Optimization & Enterprise Profit Optimization Information Systems Frontiers , Special Issue : Supply Chain Management 3(4) , P.P 465-470 .

-Kashani . k & **Quelch** . j (**1990**), Can Sales Promotion Go Global, Business Horizons , P.1 .

-Kotler .P (2006) , Marketing Management , North Western University, Prentice Hall International .

-Kotler . P & **Bowen** . J & **Makens** .J **(2003)** , Marketing for Hospitality & Tourism , Third Edition , Prentice Hall , Pearson Education International .

-Leonidou .L & Katsikeas. C & Hadjimarcou .C (2002) , Building Successful Export Business Relationships : A behavioral Perspective . **Journal of International Marketing** , Vol. . 10 ,No. 2 , P.1 .

-Lewis .M (2004) , The Influence of Loyalty Programs & Short –Term Promotion on Customer Retention . **Journal of Marketing** , American Marketing Association , VOL. XLI , No.3 .

-Lowrey. T & Shrum.J , Dubitsky.T (2003) , The Relation Between Brand Name Linguistic Characteristics & Brand Memory .**Journal Of Advertising** , P.1 .

-Nunes . J & **Boatwright** . P **(2005)** , Incidental Prices & Their Effect On Willingness To Pay , **Journal of Marketing Research** , P.1 .

-Mahoney. E & Warnell. G (1987), Tourism Marketing , Michigan State University . Michigan , U.S.A .

-Maratea .J (1984) , Satisfying Three Customers With Every Test , Medical Laboratory Observer .

-Martin , J (2003) , Modeling Determinants of Tourism Demand As 5-Stages Process , A Discrete Choice Methodological Approach, Univeridad De Las Palmas . De Gran Canaria , Spain .

-May , A (**2003**) , Exporting Hong Kong's Medical Services , Monitor Group , Hong Kong .

-Mckenna .R (2001) , The New Relationship Marketing , The Entrepreneurship Institute OF Canada , P.3 .

-Micco . A & Serebrisky .T (2004), " Infra Structure , Competition Regimes & Air Transport Costs : Cross Country Evidence . World Bank Working Paper 3355 , P.P 5-7 .

-Ministry Of Planning (2004), Medical Tourism , Jordan National Competitiveness Team , Amman , Jordan .

-Ministry Of Planning (2000), Jordan Tourism Cluster .Amman , Jordan P.P 37 , 45 .

-Moench .L (1996) , Demand Management , The New Business In Patient Communications . **Medical Group TM** .

-**Mortimer. K (2000)** , Are Services Advertised Differently ? An Analysis Of The Relationship Between Product & Service Types & The Informational Content of Their Advertisements. **Journal Of Marketing Communications** , V.6 , N.2 , 121-134.

-Oskin .J (2003) , Service Pricing Strategies : How To Raise & Market Services , Marketing Solutions , AV , U.S.A , P.P 1-2 .

-**Ringel .J & Other (2000)** , The Elasticity of Demand for Health Care , Review of Literature and It's Applications to The Military Health Systems , National Defense Research Institute , RAND Health , P.P 2-35.

-**Rosenberg .M** (1994) , The 10 Biggest Mistakes CPA Firms Make . **Journal of Accountancy**.

-**Roth. M & Money. B & Madden .T (2004)** , Publishing Processes & Characteristics of Industrial Service Buyers in The U.S & Japan . **Journal of World Business** , Vol.39 , NO.2 , P.P 186-198.

-**Sadio (1999)**, Use of & Demand For Health Services In Senegal , Small Applied Research Paper . No. 18 , ix , x , xi ,xii , 29-31.

-**Sarma, S (2003)** , Demand For Out Patient Health Care In Rural India , A Nested multinomial logit approach .Department of Economics, university of Manitoba , Canada, 37th annual conference of Canadian Economics Association , 2-4 , 19-22 .

-**Sekaran** , U ., **(1984)** , Research Methods For Managers : A skill building Approach , John Wiley & sons . Inc.

-**Sheikh .J & Sheikh .M (2001)**, Industrial Promotion & Tourism Development , Ministry of Industry & Primary Resources , Bandar Seri Begauran . Brunei Darussalam .

-**Shipley .D & Jobber .D (2001)** , Integrative Pricing Via The Pricing Wheels Industrial Marketing Management , VOL 30 , P.P 301-314 .

-**Sprenger, M (2005)**, Issues At The Interface of General Practice & Public Health : Primary Health Care & Our Communities . Medical university of Graz , Austria .

-**Sutharland .J , Duke .L , Abernethy .A (2004)** , Model of Marketing Information Flow . **Journal of Advertising** .

-**Sunila .J (2006)** , Internal Marketing Strategy Enriches Patient Relationships , Cosmetic Surgery Times, P.1 .

-**Thacher . J & Morey .E & Craighead . E (2004)** , Using Patient Characteristics & Attitudinal Data to Identify Depression Treatment Preference Group : A latent – Class Model . University of New Mexico , 3-9 .

-**Toivonen , T (2001)** , Tourist Generation , Finish University Network For Tourism Studies , University of Jornsuu . Finland .

-**Triplett** . j **& Gunter** . D **(2001)** , Medical equipment , Brooking Institution , Brooking Workshop on The Adequacy of Data Analyzing & Forecasting The High-Tech Sector , P.P 3-8 .

-**Truskowski .J & Thorne-Thomeson .T (1994)** , The Importance of Partnership Agreements . **Journal of Accountancy** .

-**Wender .R & Judd .D** (1996) , Linking Deming , Covey & Senge in an Integrated Five Dimension Quality Model , in ASQC Seventh National Quality Management Conference Transactions American Society For Quality .
-**World Tourism Organization (1994)**, Sustainable Tourism Development : Guide for Local Planers , Tourism & The Environment Publication . Madrid ,Spain , P.P 41-42 .
-**Zhou. Z & Zhou. D & Ouyang. M (2003)**, Long Term Effects of Television Advertising on Sales Of Consumer Durable and Non Durable . **Journal of Advertising** . p.1.
-**Zou .S & Fang .E & Zaho .S (2003)**, The Effect of Export Marketing Capabilities on Export Performance :An Investigation of Chinese Exporters . **Journal on International Marketing** , Vol .11, No.2 , P.1

ج. المصادر الالكترونية العربية :

-**صحيفة العرب اليوم (5/10/2005)** ، إعادة هيكلة القطاع الطبي في الأردن ، (**On Line**) متاح: www.alarab-alyaum ، الوكالة الأمريكية للإنماء الدولي بالتعاون مع وزارة الصحة .
-**صحيفة دار الحياة (2003**) ، (**On Line**) متاح : www.daralhayat.com .
-**المؤسسة العامة للإسكان والتطوير الحضري (2006)** ، بيانات إحصائية ، (**On Line**)، متاح: www.hudc.gov.jo .
-**وزارة السياحة والآثار (2005)** ، بيانات منشورة (**On Line**) ، متاح : www.mota.gov.jo .
-**وزارة الصحة والسكان (2004)** ، بيانات منشورة، (**On Line**) ، متاح: www.mohp.gov.eg.
-**وزارة الصحة العامة (2004**) ، بيانات طبية ، (**On Line**) ، متاح : www.health-public.gov.lb .

د. المصادر الالكترونية الأجنبية :

-**Chuck & Defiore** (2003), Seven Pricing Pointers (On Line). Available : www.homebusinesssolutions.com .
-**Department of Regional Development & Environment** (2000), The Financing Requirements of Nature & Heritage Tourism in The Caribbean (On Line) . Available : www.oas.org .
-**Dotson .L (2003)** , 10Ways to Make Your Product Look Affordable , Weekly Business Newsletter (On Line) . Available : www.ldpublishing.com. P.1 .

-**Fattal .T (1994)** , Promotion Plays Valuable Part in Overall Marketing Scheme m August 10 , Computer Dealer News (On Line). Available : www.findarticles.com .
-**Gorrell . Ed (2004)** , Healthy , Wealthy & wise Investing in Health Care, Renaissance & Talvest mutual Funds (On Line) . Available : www.financial planing.on.ca/monthly/January/ed.gorrell.thm .
-**Health Care Financial Management Association (2004)** , How Are Hospitals Financing The Future ? The Future of Capital Spending (On Line) .Available : www.findarticles.com .
-**Health Care Financial Management Association (2004)** , How Are Hospitals Financing The Future , Core Competencies In Capital Planning (On Line) . Available : www.Findarticles.com .
-**Kenese .Z (2003)** , The Use of Price in The Purchase Decision , **Journal of Empirical Generalizations in Marketing Science** (On Line) . Available : www.emfgins.com , P.P 18-21 .
-**Johnston .R (2003)** , Making Sure The Price Is Right (On Line). Available : www.invictussoutions.com , P.P 1-2 .
-**Juran (1974)** , How Our Readers Define Quality (On Line) . Available: www.ldrc.com, .
-**Lopilato.M (2003)** , Mastering The Pricing Game (On Line). Available : www.lopilatopublishing.com P.1 .
-**Millner . M (1998)** , Health and Wealth , **Washington Business Journal** (On Line). Available : www.bizjournals.com , P.P 1-3 .
-**Med-tour (2003)** : Available (On Line) : Med-tour.net .
-**Ontario Hospital Association (2003)** , Capital Planning & Investment In Ontario Hospitals : Sustainable & Comprehensive Approach To Meeting Patient Care Needs , Capital Investment Working Group (On Line) . Available : www.oha.com , P.P 7-9 .
-**Rosen (2003)** , Health Care Systems in Transitions (On Line) . Available : www.health.gov.il .
-**Thomas .J (2006) , Positioning** , Decision Analyst Inc , P.P 1 -3 .(On Line): www.decisionanalyst.com .
-**Investing In Health Care (1999)** ,(On Line) . Available : www.taxhome.net .
-**Tourism (2004**) ,(On Line) . Available : www.wordiq.com .
-www.qualitydigest.com , 2005 .
-**What is Marketing (2005)**, Definitions of Marketing (On Line). Available : www.marketingteacher.com .

الملاحــــــق

Appendices

الجدول رقم (1)

نتائج اختبار الانحدار البسيط للمتغير المستقل الأول وعلاقته بالمتغير التابع الأول

مكونات الخدمة الأساسية	tالجدولية	tالمحسوبة	r	F المحسوبة	F الجدولية	R^1	Siq.	القرار الإحصائي للمتغير المستقل
عناصر النظافة في المستشفى	1.98	0.75	0.069	0.590	2.27	0.005	0.803	عدم وجود علاقة
المواصلات والاتصالات	1.98	0.89	0.082	0.579	2.27	0.007	0.907	عدم وجود علاقة
الحجز والدخول والإقامة	1.98	0.35	0.032	1.015	2.27	0.002	0.461	عدم وجود علاقة
حسن المعاملة والاستقبال	1.98	0.583	0.07	1.034	2.27	0.005	0.424	عدم وجود علاقة

الجدول رقم (2)

نتائج اختبار الانحدار البسيط للمتغير المستقل الأول وعلاقته بالمتغير التابع الثاني

المكونات	tالجدولية	tالمحسوبة	r	F المحسوبة	F الجدولية	R^2	Siq.	لقرار الإحصائي للمتغير المستقل
عناصر النظافة في المستشفى	1.98	0.424	0.039	0.508	2.27	0.002	0.866	عدم وجود علاقة
المواصلات والاتصالات	1.98	0.916	0.084	0.563	2.27	0.007	0.918	عدم وجود علاقة
الحجز والدخول والإقامة	1.98	2.404	0.237	3.117	2.27	0.101	0.037	وجود علاقة
حسن المعاملة والاستقبال	1.98	0.86	0.079	1.310	2.27	0.006	0.223	عدم وجود علاقة

الجدول رقم (3)

نتائج اختبار الانحدار البسيط للمتغير المستقل الأول وعلاقته بالمتغير التابع الثالث

المكونات	tالجدولية	tالمحسوبة	r	F المحسوبة	F الجدولية	R^2	Siq.	القرار الإحصائي للمتغير المستقل
عناصر النظافة في المستشفى	1.98	0.728	0.067	0.792	2.27	0.002	0.624	عدم وجود علاقة
المواصلات والاتصالات	1.98	0.545	0.05	0.658	2.27	0.007	0.844	عدم وجود علاقة
الحجز والدخول والإقامة	1.98	0.358	0.033	0.942	2.27	0.101	0.56	عدم وجود علاقة
حسن المعاملة والاستقبال	1.98	0.632	0.058	1.031	2.27	0.006	0.426	عدم وجود علاقة

الجدول رقم (4)

نتائج اختبار الانحدار البسيط للمتغير المستقل الأول وعلاقته بالمتغير التابع الرابع

القرار الإحصائي للمتغير المستقل	Siq.	R^2	F الجدولية	F المحسوبة	r	tالمحسوبة	tالجدولية	المكونات
عدم وجود علاقة	0.8	0.006	2.27	0.594	0.08	0.869	1.98	عناصر النظافة في المستشفى
عدم وجود علاقة	0.869	0.011	2.27	0.629	0.106	1.156	1.98	المواصلات والاتصالات
عدم وجود علاقة	0.21	0.009	2.27	1.25	0.097	1.062	1.98	الحجز والدخول والإقامة
عدم وجود علاقة	0.419	0.012	2.27	1.039	0.11	1.202	1.98	حسن المعاملة والاستقبال

الجدول رقم (5)

نتائج اختبار الانحدار البسيط للمتغير المستقل الأول وعلاقته بالمتغير التابع الخامس

القرار الإحصائي للمتغير المستقل	Siq.	R^2	F الجدولية	F المحسوبة	r	tالمحسوبة	tالجدولية	المكونات
عدم وجود علاقة	0.774	0.004	2.27	0.624	0.064	0.695	1.98	عناصر النظافة في المستشفى
عدم وجود علاقة	0.889	0.01	2.27	0.604	0.101	1.1	1.98	المواصلات والاتصالات
عدم وجود علاقة	0.218	0.008	2.27	1.24	0.088	0.96	1.98	الحجز والدخول والإقامة
عدم وجود علاقة	0.457	0.01	2.27	0.996	0.099	1.082	1.98	حسن المعاملة والاستقبال

الجدول رقم (6)

نتائج اختبار الانحدار البسيط للمتغير المستقل الأول وعلاقته بالمتغير التابع السادس

القرار الإحصائي للمتغير المستقل	Siq.	R^2	F الجدولية	F المحسوبة	r	tالمحسوبة	tالجدولية	مكونات الخدمة الأساسية
عدم وجود علاقة	0.74	0.002	2.27	0.664	0.048	0.527	1.98	عناصر النظافة في المستشفى
عدم وجود علاقة	0.505	0.002	2.27	0.965	0.045	-0.492	1.98	المواصلات والاتصالات
عدم وجود علاقة	0.739	0.00	2.27	0.81	0.008	0.091	1.98	الحجز والدخول والإقامة
وجود علاقة	0.141	0.101	2.27	2.485	0.037	-2.08	-1.98	حسن المعاملة والاستقبال

الجدول رقم (7)

نتائج اختبار الانحدار البسيط للمتغير المستقل الثاني وعلاقته بالمتغير التابع الأول

المتغير المستقل	T الجدولية	t المحسوبة	Sig.	B	القرار الإحصائي للمتغير المستقل
أسعار بيع الخدمات العلاجية في المستشفى	1.98	0.100	0.920	0.0115	رفض تأثير المتغير المستقل
الطرق المتبعة لدفع فواتير العلاج المستحقة	1.98	-0.481	0632	-0.0524	رفض تأثير المتغير المستقل
تسهيلات الدفع والخصومات السعرية المقدمة عند العلاج لأكثر من مرة في المستشفى	1.98	-2.499	0.037	-0.145	قبول تأثير المتغير المستقل
تقديم فاتورة مفصلة بكافة العلاجات المقدمة	1.98	-1.126	0.263	-0.108	رفض تأثير المتغير المستقل
التزام المستشفى بالأسعار المعلنة عن خدماته العلاجية	1.98	2.572	0.019	0.164	قبول تأثير المتغير المستقل
أسعار الطعام والشراب في المستشفى	1.98	2.776	0.007	0.341	قبول تأثير المتغير المستقل
أسعار بيع الخدمة العلاجية في الأردن مقارنة بالدول العربية	1.98	0.339	0.736	0.0301	رفض تأثير المتغير المستقل
أسعار بيع الأدوية للمرضى الأجانب	1.98	-0.829	0.409	-0.126	رفض تأثير المتغير المستقل
الخدمات العلاجية المجانية للمرضى الأجانب	1.98	-1.303	0.196	-0.113	رفض تأثير المتغير المستقل
مستوى تقديم الخدمات العلاجية في المستشفى	1.98	0.758	0.450	0.0668	رفض تأثير المتغير المستقل

الجدول رقم (8)

نتائج اختبار الانحدار البسيط للمتغير المستقل الثاني وعلاقته بالمتغير التابع الثاني

المتغير المستقل	t الجدولية	t المحسوبة	Sig.	B	القرار الإحصائي للمتغير المستقل
أسعار بيع الخدمات العلاجية في المستشفى	1.98	-3.365	0.016	-0.042	قبول تأثير المتغير المستقل
الطرق المتبعة لدفع فواتير العلاج المستحقة	1.98	-0.575	0.566	-0.063	رفض تأثير المتغير المستقل
تسهيلات الدفع والخصومات السعرية المقدمة عند العلاج لأكثر من مرة في المستشفى	1.98	-1.403	0.164	-0.137	قبول تأثير المتغير المستقل
تقديم فاتورة مفصلة بكافة العلاجات المقدمة	1.98	-0.839	0.404	-0.083	رفض تأثير المتغير المستقل
التزام المستشفى بالأسعار المعلنة عن خدماته العلاجية	1.98	1.369	0.174	0.145	رفض تأثير المتغير المستقل
أسعار الطعام والشراب في المستشفى	1.98	2.802	0.006	0.351	قبول تأثير المتغير المستقل
أسعار بيع الخدمة العلاجية في الأردن مقارنة بالدول العربية	1.98	0.932	0.353	0.084	رفض تأثير المتغير المستقل

أسعار بيع الأدوية للمرضى الأجانب	1.98	-0.822	0.413	-0.127	رفض تأثير المتغير المستقل
الخدمات العلاجية المجانية للمرضى الأجانب	1.98	-0.775	0.440	-0.068	رفض تأثير المتغير المستقل
مستوى تقديم الخدمات العلاجية في المستشفى	1.98	0.428	0.669	0.0384	رفض تأثير المتغير المستقل

الجدول رقم (9)

نتائج اختبار الانحدار البسيط للمتغير المستقل الثاني وعلاقته بالمتغير التابع الثالث

المتغير المستقل	tالجدولية	tالمحسوبة	Sig.	B	القرار الإحصائي للمتغير المستقل
أسعار بيع الخدمات العلاجية في المستشفى	1.98	0.551	0.583	0.0629	رفض تأثير المتغير المستقل
الطرق المتبعة لدفع فواتير العلاج المستحقة	1.98	-0.544	0.588	-0.0577	رفض تأثير المتغير المستقل
تسهيلات الدفع والخصومات السعرية المقدمة عند العلاج لأكثر من مرة في المستشفى	1.98	-1.383	0.170	-0.130	قبول تأثير المتغير المستقل
تقديم فاتورة مفصلة بكافة العلاجات المقدمة	1.98	-1.405	0.163	-0.133	رفض تأثير المتغير المستقل
التزام المستشفى بالأسعار المعلنة عن خدماته العلاجية	1.98	1.992	0.041	0.187	قبول تأثير المتغير المستقل
أسعار الطعام والشراب في المستشفى	1.98	2.272	0.025	0.279	قبول تأثير المتغير المستقل
أسعار بيع الخدمة العلاجية في الأردن مقارنة بالدول العربية	1.98	0.462	0.645	0.0402	رفض تأثير المتغير المستقل
أسعار بيع الأدوية للمرضى الأجانب	1.98	-1.096	0.275	-0.163	رفض تأثير المتغير المستقل
الخدمات العلاجية المجانية للمرضى الأجانب	1.98	-1.510	0.134	-0.127	رفض تأثير المتغير المستقل
مستوى تقديم الخدمات العلاجية في المستشفى	1.98	2.898	0.031	0.772	قبول تأثير المتغير المستقل

الجدول رقم (10)

نتائج اختبار الانحدار البسيط للمتغير المستقل الثاني وعلاقته بالمتغير التابع الرابع

المتغير المستقل	الجدولية	tالمحسوبة	Sig.	B	القرار الإحصائي للمتغير المستقل
أسعار بيع الخدمات العلاجية في المستشفى	1.98	-0.397	0.692	-0.0486	رفض تأثير المتغير المستقل
الطرق المتبعة لدفع فواتير العلاج المستحقة	1.98	-0.673	0.503	-0.0778	رفض تأثير المتغير المستقل
تسهيلات الدفع والخصومات السعرية المقدمة عند العلاج لأكثر من مرة في المستشفى	1.98	-2.605	0.012	-0.165	قبول تأثير المتغير المستقل

تقديم فاتورة مفصلة بكافة العلاجات المقدمة	1.98	-0.993	0.323	-0.102	رفض تأثير المتغير المستقل
التزام المستشفى بالأسعار المعلنة عن خدماته العلاجية	1.98	1.564	0.121	0.173	قبول تأثير المتغير المستقل
أسعار الطعام والشراب في المستشفى	1.98	3.157	0.002	0.412	قبول تأثير المتغير المستقل
أسعار بيع الخدمة العلاجية في الأردن مقارنـــة بالــدول العربية	1.98	0.369	0.713	0.0349	رفض تأثير المتغير المستقل
أسعار بيع الأدوية للمرضى الأجانب	1.98	-1.143	0.256	-0.185	رفض تأثير المتغير المستقل
الخدمات العلاجية المجانية للمرضى الأجانب	1.98	-1.046	0.298	-0.0961	رفض تأثير المتغير المستقل
مستوى تقديم الخدمات العلاجية في المستشفى	1.98	1.123	0.264	0.105	قبول تأثير المتغير المستقل

الجدول رقم (11)

نتائج اختبار الانحدار البسيط للمتغير المستقل الثاني وعلاقته بالمتغير التابع الخامس

المتغير المستقل	tالجدولية	tالمحسوبة	Sig.	B	القرار الإحصائي للمتغير المستقل
أسعار بيع الخدمات العلاجية في المستشفى	1.98	-0.408	0.684	-0.0511	رفض تأثير المتغير المستقل
الطرق المتبعة لدفع فواتير العلاج المستحقة	1.98	-0.672	0.503	-0.0796	رفض تأثير المتغير المستقل
تسهيلات الدفع والخصومات السعرية المقدمة عند العلاج لأكثر من مرة في المستشفى	1.98	-1.770	0.080	-0.186	رفض تأثير المتغير المستقل
تقديم فاتورة مفصلة بكافة العلاجات المقدمة	1.98	-1.171	0.244	-0.123	رفض تأثير المتغير المستقل
التزام المستشفى بالأسعار المعلنة عن خدماته العلاجية	1.98	1.577	0.118	0.179	قبول تأثير المتغير المستقل
أسعار الطعام والشراب في المستشفى	1.98	3.383	0.001	0.452	قبول تأثير المتغير المستقل
أسعار بيع الخدمة العلاجية في الأردن مقارنـــة بالــدول العربية	1.98	0.448	0.655	0.0433	رفض تأثير المتغير المستقل
أسعار بيع الأدوية للمرضى الأجانب	1.98	-2.228	0.022	-0.204	قبول تأثير المتغير المستقل
الخدمات العلاجية المجانية للمرضى الأجانب	1.98	-0.867	0.388	-0.0815	رفض تأثير المتغير المستقل
مستوى تقديم الخدمات العلاجية في المستشفى	1.98	1.138	0.258	0.109	رفض تأثير المتغير المستقل

الجدول رقم (12)

نتائج اختبار الانحدار البسيط للمتغير المستقل الثاني وعلاقته بالمتغير التابع الخامس

المتغير المستقل	tالجدولية	tالمحسوبة	Sig.	B	القرار الإحصائي للمتغير المستقل
أسعار بيع الخدمات العلاجية في المستشفى	1.98	0.730	0.467	0.0624	رفض تأثير المتغير المستقل
الطرق المتبعة لدفع فواتير العلاج المستحقة	1.98	-0.384	0.702	-0.0311	رفض تأثير المتغير المستقل
تسهيلات الدفع والخصومات السعرية المقدمة عند العلاج لأكثر من مرة في المستشفى	1.98	-1.148	0.254	-0.0823	رفض تأثير المتغير المستقل
تقديم فاتورة مفصلة بكافة العلاجات المقدمة	1.98	-0.021	0.983	-0.0015	رفض تأثير المتغير المستقل
التزام المستشفى بالأسعار المعلنة عن خدماته العلاجية	1.98	1.267	0.208	0.0981	رفض تأثير المتغير المستقل
أسعار الطعام والشراب في المستشفى	1.98	0.997	0.321	0.091	رفض تأثير المتغير المستقل
أسعار بيع الخدمة العلاجية في الأردن مقارنة بالدول العربية	1.98	0.913	0.363	0.0604	رفض تأثير المتغير المستقل
أسعار بيع الأدوية للمرضى الأجانب	1.98	-0.039	0.969	-0.0045	رفض تأثير المتغير المستقل
الخدمات العلاجية المجانية للمرضى الأجانب	1.98	-0.99	0.325	-0.0636	رفض تأثير المتغير المستقل
مستوى تقديم الخدمات العلاجية في المستشفى	1.98	-0.965	0.337	-0.0632	رفض تأثير المتغير المستقل

الجدول رقم (13)

نتائج اختبار الانحدار البسيط للمتغير المستقل الثالث وعلاقته بالمتغير التابع الأول

مكونات الخدمة الأساسية	tالجدولية	tالمحسوبة	r	F المحسوبة	F الجدولية	R^2	Siq.	القرار الإحصائي للمتغير المستقل
العاملين في الترويج	2.16	1.732	0.463	3.001	2.15	0.214	0.111	يوجد علاقة
الإنفاق على الترويج	2.074	1.15	0.328	1.323	2.15	0.107	0.275	لا يوجد علاقة
طرق الترويج	2.16	0.677	0.2	0.459	2.15	0.04	0.512	لا يوجد علاقة

الجدول رقم (14)

نتائج اختبار الانحدار البسيط للمتغير المستقل الثالث (وعلاقته بالمتغير التابع الثاني

المكونات	tالجدولية	tالمحسوبة	r	F المحسوبة	F الجدولية	R^2	Siq.	القرار الإحصائي للمتغير المستقل
العاملين في الترويج	2.16	2.96	0.527	3.842	2.15	0.278	0.078	يوجد علاقة

الإنفاق على الترويج	2.074	0.901	0.274	0.813	2.15	0.075	0.389	لايوجد علاقة
طرق الترويج	2.16	0.243	0.077	0.059	2.15	0.0067	0.813	لايوجد علاقة

الجدول رقم (15)

نتائج اختبار الانحدار البسيط للمتغير المستقل الثالث وعلاقته بالمتغير التابع الثالث

مكونات الخدمة الأساسية	tالجدولية	tالمحسوبة	r	F المحسوبة	F الجدولية	R^2	Siq.	القرار الإحصائي للمتغير المستقل
العاملين في الترويج	2.16	2.589	0.449	2.525	2.15	0.202	0.143	يوجد علاقة
الإنفاق على الترويج	2.074	0.617	0.191	0.38	2.15	0.037	0.551	لايوجد علاقة
طرق الترويج	2.16	1.066	0.319	1.136	2.15	0.102	0.312	لايوجد علاقة

الجدول رقم (16)

نتائج اختبار الانحدار البسيط للمتغير المستقل الثالث وعلاقته بالمتغير التابع الرابع

مكونات الخدمة الأساسية	tالجدولية	tالمحسوبة	r	F المحسوبة	F الجدولية	R^2	Siq.	القرار الإحصائي للمتغير المستقل
العاملين في الترويج	2.16	2.641	0.623	6.975	2.15	0.388	0.023	يوجد علاقة
الإنفاق على الترويج	2.074	0.554	0.165	0.307	2.15	0.027	0.59	لايوجد علاقة
طرق الترويج	2.16	2.554	0.422	2.384	2.15	0.178	0.151	لايوجد علاقة

الجدول رقم (17)

نتائج اختبار الانحدار البسيط للمتغير المستقل الثالث وعلاقته بالمتغير التابع الخامس

مكونات الخدمة الأساسية	tالجدولية	tالمحسوبة	r	F المحسوبة	F الجدولية	R^2	Siq.	القرار الإحصائي للمتغير المستقل
العاملين في الترويج	2.16	3.868	0.759	14.959	2.15	0.576	0.003	يوجد علاقة
الإنفاق على الترويج	2.074	2.72	0.512	4.519	2.15	0.257	0.0486	يوجد علاقة
طرق الترويج	2.16	1.222	0.364	1.494	2.15	0.12	0.247	لايوجد علاقة

الجدول رقم (18)

نتائج اختبار الانحدار البسيط للمتغير المستقل الثالث وعلاقته بالمتغير التابع السادس

مكونات الخدمة الأساسية	tالجدولية	tالمحسوبة	r	F المحسوبة	F الجدولية	R^2	Siq.	القرار الإحصائي للمتغير المستقل
العاملين في الترويج	-2.16	-0.277	0.083	0.077	2.15	0.007	0.787	لايوجد علاقة
الإنفاق على الترويج	2.074	0.569	0.169	0.324	2.15	0.029	0.581	لايوجد علاقة
طرق الترويج	-2.16	-0.576	0.171	0.33	2.15	0.029	0.577	لايوجد علاقة

الجدول رقم (19)

نتائج اختبار الانحدار البسيط للمتغير المستقل الرابع وعلاقته بالمتغير التابع الأول

المتغير المستقل	tالجدولية	tالمحسوبة	Siq.	B	القرار الإحصائي للمتغير المستقل
مؤسسات التسويق العاملة في السوق المستهدف	2.201	6.211	0.000	1.108	قبول تأثير المتغير المستقل
اتفاقيات وبروتوكولات التعاون الطبي الثنائية	2.201	5.450	0.000	0.493	قبول تأثير المتغير المستقل
المستشفيات وعيادات الأطباء في الأسواق المستهدفة	2.201	0.807	0.429	0.110	رفض تأثير المتغير المستقل
السفارات الأجنبية العاملة في الأردن	2.201	1.732	0.309	0.002	رفض تأثير المتغير المستقل
عيادات الاختصاص العاملة في السوق الأردني	2.201	2.88	0.04	0.542	رفض تأثير المتغير المستقل
جمعية المستشفيات الخاصة في الأردن	2.201	1.988	0.052	0.101	رفض تأثير المتغير المستقل
شركات التأمين الصحي الأردنية والأجنبية	2.201	1.021	0.288	0.212	رفض تأثير المتغير المستقل
المؤسسات الطبية الدولية	2.201	0.987	0.64	0.015	رفض تأثير المتغير المستقل

الجدول رقم (20)

نتائج اختبار الانحدار البسيط للمتغير المستقل الرابع وعلاقته بالمتغير التابع الثاني

المتغير المستقل	tالجدولية	tالمحسوبة	Siq.	B	القرار الإحصائي للمتغير المستقل
مؤسسات التسويق العاملة في السوق المستهدف	2.201	3.21	0.108	1.117	رفض تأثير المتغير المستقل
اتفاقيات وبروتوكولات التعاون الطبي الثنائية	2.201	7.852	0.00	0.503	قبول تأثير المتغير المستقل
المستشفيات وعيادات الأطباء في الأسواق المستهدفة	2.201	4.201	0.900	0.02	قبول تأثير المتغير المستقل
السفارات الأجنبية العاملة في الأردن	2.201	0.021	0.528	0.671	رفض تأثير المتغير المستقل

عيادات الاختصاص العاملة في السوق الأردني	2.201	3.25	0.049	0.157	رفض تأثير المتغير المستقل
جمعية المستشفيات الخاصة في الأردن	2.201	2.02	0.046	0.377	رفض تأثير المتغير المستقل
شركات التأمين الصحي الأردنية والأجنبية	2.201	1.20	0.011	1.117	رفض تأثير المتغير المستقل
المؤسسات الطبية الدولية	2.201	1.012	0.012	0.503	رفض تأثير المتغير المستقل

الجدول رقم (21)

نتائج اختبار الانحدار البسيط للمتغير المستقل الرابع وعلاقته بالمتغير التابع الثالث

المتغير المستقل	tالجدولية	tالمحسوبة	Siq.	B	القرار الإحصائي للمتغير المستقل
مؤسسات التسويق العاملة في السوق المستهدف	2.201	0.14	0.108	1.117	رفض تأثير المتغير المستقل
اتفاقيات وبروتوكولات التعاون الطبي الثنائية	2.201	4.896	0.00	1.117	قبول تأثير المتغير المستقل
المستشفيات وعيادات الأطباء في الأسواق المستهدفة	2.201	5.714	0.00	0.503	قبول تأثير المتغير المستقل
السفارات الأجنبية العاملة في الأردن	2.201	0.021	0.89	0.02	رفض تأثير المتغير المستقل
عيادات الاختصاص العاملة في السوق الأردني	2.201	3.25	0.049	0.157	رفض تأثير المتغير المستقل
جمعية المستشفيات الخاصة في الأردن	2.201	2.02	0.046	0.377	قبول تأثير المتغير المستقل
شركات التأمين الصحي الأردنية والأجنبية	2.201	1.20	0.011	1.117	رفض تأثير المتغير المستقل
المؤسسات الطبية الدولية	2.201	0.22	0.012	0.503	رفض تأثير المتغير المستقل

الجدول رقم (22)

نتائج اختبار الانحدار البسيط للمتغير المستقل الرابع وعلاقته بالمتغير التابع الرابع

المتغير المستقل	tالجدولية	tالمحسوبة	Siq.	B	القرار الإحصائي للمتغير المستقل
مؤسسات التسويق العاملة في السوق المستهدف	2.201	0.14	0.108	1.117	قبول تأثير المتغير المستقل
اتفاقيات وبروتوكولات التعاون الطبي الثنائية	2.201	6.787	0.00	1.234	قبول تأثير المتغير المستقل
المستشفيات وعيادات الأطباء في الأسواق المستهدفة	2.201	5.557	0.00	0.512	رفض تأثير المتغير المستقل
السفارات الأجنبية العاملة في الأردن	2.201	0.293	0.773	0.419	رفض تأثير المتغير المستقل
عيادات الاختصاص العاملة في السوق الأردني	2.201	6.787	-0.17	0.120	قبول تأثير المتغير المستقل
جمعية المستشفيات الخاصة في الأردن	2.201	2.02	0.077	0.067	رفض تأثير المتغير المستقل

شركات التأمين الصحي الأردنية والأجنبية	2.201	1.20	0.268	0.012	رفض تأثير المتغير المستقل
المؤسسات الطبية الدولية	2.201	0.22	-0.62	0.002	رفض تأثير المتغير المستقل

الجدول رقم (23)

نتائج اختبار الانحدار البسيط للمتغير المستقل الرابع وعلاقته بالمتغير التابع الخامس

المتغير المستقل	t الجدولية	t المحسوبة	Siq.	B	القرار الإحصائي للمتغير المستقل
مؤسسات التسويق العاملة في السوق المستهدف	2.201	1.442	0.108	0.082	رفض تأثير المتغير المستقل
اتفاقيات وبروتوكولات التعاون الطبي الثنائية	2.201	-0.580	0.00	0.436	قبول تأثير المتغير المستقل
المستشفيات وعيادات الأطباء في الأسواق المستهدفة	2.201	-1.225	0.00	0.839	رفض تأثير المتغير المستقل
السفارات الأجنبية العاملة في الأردن	2.201	-0.589	0.773	0.787	رفض تأثير المتغير المستقل
عيادات الاختصاص العاملة في السوق الأردني	2.201	0.527	-0.17	0.055	رفض تأثير المتغير المستقل
جمعية المستشفيات الخاصة في الأردن	2.201	0.580	0.077	0.123	رفض تأثير المتغير المستقل
شركات التأمين الصحي الأردنية والأجنبية	2.201	0.058	0.268	0.52	رفض تأثير المتغير المستقل
المؤسسات الطبية الدولية	2.201	1.442	-0.62	0.017	رفض تأثير المتغير المستقل

الجدول رقم (24)

نتائج اختبار الانحدار البسيط للمتغير المستقل الرابع وعلاقته بالمتغير التابع السادس

المتغير المستقل	t الجدولية	t المحسوبة	Siq.	B	القرار الإحصائي للمتغير المستقل
مؤسسات التسويق العاملة في السوق المستهدف	2.201	0.100	0.454	0.082	رفض تأثير المتغير المستقل
اتفاقيات وبروتوكولات التعاون الطبي الثنائية	2.201	-0.481	0.070	-0.43	قبول تأثير المتغير المستقل
المستشفيات وعيادات الأطباء في الأسواق المستهدفة	2.201	-1.499	-0.18	0.839	رفض تأثير المتغير المستقل
السفارات الأجنبية العاملة في الأردن	2.201	-1.126	-0.07	-0.78	رفض تأثير المتغير المستقل
عيادات الاختصاص العاملة في السوق الأردني	2.201	2.572	-0.00	-0.05	قبول تأثير المتغير المستقل
جمعية المستشفيات الخاصة في الأردن	2.201	1.776	0.364	0.123	رفض تأثير المتغير المستقل
شركات التأمين الصحي الأردنية والأجنبية	2.201	0.339	0.048	0.52	رفض تأثير المتغير المستقل
المؤسسات الطبية الدولية	2.201	-0.829	0.454	0.017	رفض تأثير المتغير المستقل

الجدول رقم (25)

نتائج اختبار الانحدار البسيط للمتغير المستقل الخامس وعلاقته بالمتغير التابع الأول

الخاصية	B	tالجدولية	tالمحسوبة	Sig.	القرار الإحصائي للمتغير المستقل
الجنس	0.273	1.980	1.704	0.092	رفض تأثير المتغير المستقل
العمر	-0.018	-1.980	-0.302	0.763	رفض تأثير المتغير المستقل
مستوى التعليم	0.017	1.980	.200	0.842	رفض تأثير المتغير المستقل
الحالة الاجتماعية	-0.004	-1.980	-0.032	0.974	رفض تأثير المتغير المستقل
مستوى الدخل	-0.033	-1.980	-.495	0.622	رفض تأثير المتغير المستقل
أفراد الأسرة المرافقين	-0.174	-1.980	-.1735	0.086	رفض تأثير المتغير المستقل
جنسية المريض	0.077	1.980	2.054	0.043	قبول تأثير المتغير المستقل
مرات الشراء	0.268	1.980	2.732	0.007	قبول تأثير المتغير المستقل
الجهة التي تتحمل تكاليف العلاج	-0.620	-1.980	-3.280	0.001	قبول تأثير المتغير المستقل

الجدول رقم (26)

نتائج اختبار الانحدار البسيط للمتغير المستقل الخامس وعلاقته بالمتغير التابع الثاني

الخاصية	B	tالجدولية	tالمحسوبة	Sig.	القرار الإحصائي للمتغير المستقل
الجنس	0.251	1.98	1.624	0.108	رفض تأثير المتغير المستقل
العمر	-0.017	-1.98	-0.294	0.769	رفض تأثير المتغير المستقل
مستوى التعليم	-0.010	-1.98	-0.126	0.900	رفض تأثير المتغير المستقل
الحالة الاجتماعية	0.084	1.98	0.634	0.528	رفض تأثير المتغير المستقل
مستوى الدخل	-0.134	1.98	-1.995	0.049	رفض تأثير المتغير المستقل
أفراد الأسرة المرافقين	-0.195	-1.98	-2.016	0.046	قبول تأثير المتغير المستقل
جنسية المريض	0.094	1.98	2.589	0.011	قبول تأثير المتغير المستقل
مرات الشراء	0.242	1.98	2.546	0.012	قبول تأثير المتغير المستقل
الجهة التي تتحمل تكاليف العلاج	0.603	1.98	-3.305	0.001	قبول تأثير المتغير المستقل

ضعف معايير الجودة للخدمات العلاجية المباعة	2.074	1.316	0.280	1.301	رفض
ضعف مخصصات الإنفاق الحكومي على ترويج السياحة العلاجية	2.074	0.135	0.901	0.137	رفض
ضعف الاستثمار الطبي الأردني في الأسواق المستهدفة من جانب إنشاء مستشفيات بداخلها	2.074	0.530	0.633	0.718	رفض
نقص الخبرات المؤهلة لتسويق خدمات السياحة العلاجية	2.074	0.380	0.729	0.254	رفض
عدم مراعاة متطلبات الاستثمار لكل نوع من السياحة العلاجية على حدة (السريري والاستشفائي الطبيعي)	2.074	-0.720	0.524	-0.390	رفض

الجدول رقم (49)

الإحصاء الوصفي للمتغيرات التابعة في النموذج

المتغير التابع	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القرار الإحصائي للمتغير التابع
نصيب المستشفيات من الطلب الإجمالي المتاح	2.615	0.867	قبول
مبيعات المستشفيات من الخدمات العلاجية	2.666	0.888	قبول
المكانة المميزة في السوق الخارجي	2.583	0.996	قبول
دخول أسواق خارجية جديدة	2.846	0.800	قبول
أرباح المستشفى من الطلب الخارجي	2.923	0.862	قبول
الحفاظ على مستوى الأداء السابق	1.308	1.437	رفض

* الوسط الحسابي للمقياس الرباعي (1 + 2 + 3 + 4) / 4 = 2.5

الجدول رقم (50)

نتائج تقدير الصيغة رقم (1) للسوق السعودي

المتغير	المعلمة	العلاقة	مؤشرات إحصائية أخرى
Beds	2.169	عكسية	R^{-2} =0.923 A= 70570.45 F= 15.44 R = 0.994
Physicians	0.226	طردية	
Income	0.198	عكسية	
Population	0.001367	طردية	
Prices	67.883	عكسية	

الجدول رقم (27)

نتائج اختبار الانحدار البسيط للمتغير المستقل الأول وعلاقته بالمتغير التابع الثالث

القرار الإحصائي للمتغير المستقل	Sig.	t المحسوبة	t الجدولية	B	الخاصية
رفض تأثير المتغير المستقل	0.101	1.655	1.98	0.259	الجنس
رفض تأثير المتغير المستقل	0.794	-0.261	-1.98	-0.016	العمر
رفض تأثير المتغير المستقل	0.789	0.269	1.98	0.022	مستوى التعليم
رفض تأثير المتغير المستقل	0.909	-0.115	-1.98	-0.015	الحالة الاجتماعية
رفض تأثير المتغير المستقل	0.764	-0.296	-1.98	-0.19	مستوى الدخل
رفض تأثير المتغير المستقل	0.084	-1.748	-1.98	-0.172	أفراد الأسرة المرافقين
قبول تأثير المتغير المستقل	0.057	1.923	1.98	0.071	جنسية المريض
قبول تأثير المتغير المستقل	0.009	2.673	1.98	0.257	مرات الشراء
قبول تأثير المتغير المستقل	0.002	-3.144	-1.98	-0.58	الجهة التي تتحمل تكاليف العلاج

الجدول رقم (28)

نتائج اختبار الانحدار البسيط للمتغير المستقل الأول وعلاقته بالمتغير التابع الرابع

القرار الإحصائي للمتغير المستقل	Sig.	t المحسوبة	tالجدولية	B	الخاصية
رفض تأثير المتغير المستقل	0.093	1.698	1.98	0.295	الجنس
رفض تأثير المتغير المستقل	0.480	-0.708	-1.98	-0.47	العمر
رفض تأثير المتغير المستقل	0.753	0.316	1.98	0.029	مستوى التعليم
رفض تأثير المتغير المستقل	0.814	0.236	1.98	0.035	الحالة الاجتماعية
رفض تأثير المتغير المستقل	0.419	-0.811	-1.98	-0.059	مستوى الدخل
رفض تأثير المتغير المستقل	0.120	-1.567	-1.98	-0.170	أفراد الأسرة المرافقين
رفض تأثير المتغير المستقل	0.067	1.853	1.98	0.076	جنسية المريض
قبول تأثير المتغير المستقل	0.012	2.567	1.98	0.274	مرات الشراء
قبول تأثير المتغير المستقل	0.002	-3.159	-1.98	-0.647	الجهة التي تتحمل تكاليف العلاج

الجدول رقم (29)

نتائج اختبار الانحدار البسيط للمتغير المستقل الأول وعلاقته بالمتغير التابع الخامس

الخاصية	B	t الجدولية	t المحسوبة	Sig.	القرار الإحصائي للمتغير المستقل
الجنس	0.314	1.98	1.754	0.082	رفض تأثير المتغير المستقل
العمر	-0.054	-1.98	-.0782	0.436	رفض تأثير المتغير المستقل
مستوى التعليم	0.019	1.98	0.204	0.839	رفض تأثير المتغير المستقل
الحالة الاجتماعية	0.041	1.98	0.271	0.787	رفض تأثير المتغير المستقل
مستوى الدخل	0.07	1.98	1.929	0.055	قبول تأثير المتغير المستقل
أفراد الأسرة المرافقين	0.174	1.98	1.554	0.123	رفض تأثير المتغير المستقل
جنسية المريض	0.083	1.98	1.969	0.52	رفض تأثير المتغير المستقل
مرات الشراء	0.267	1.98	2.425	0.017	قبول تأثير المتغير المستقل
الجهة التي تتحمل تكاليف العلاج	-0.662	-1.98	-3.128	0.002	قبول تأثير المتغير المستقل

الجدول رقم (30)

نتائج اختبار الانحدار البسيط للمتغير المستقل الأول وعلاقته بالمتغير التابع السادس

الخاصية	B	t الجدولية	t المحسوبة	Sig.	القرار الإحصائي للمتغير المستقل
الجنس	0.0759	1.98	0.627	0.532	رفض تأثير المتغير المستقل
العمر	-0.012	-1.98	-0.259	0.796	رفض تأثير المتغير المستقل
مستوى التعليم	0.0216	1.98	0.341	0.734	رفض تأثير المتغير المستقل
الحالة الاجتماعية	0.0556	1.98	0.540	0.590	رفض تأثير المتغير المستقل
مستوى الدخل	-0.0275	1.98	-0.538	0.592	رفض تأثير المتغير المستقل
أفراد الأسرة المرافقين	-0.158	-1.98	-2.084	0.40	قبول تأثير المتغير المستقل
جنسية المريض	0.0404	1.98	1.414	0.160	رفض تأثير المتغير المستقل
مرات الشراء	0.237	1.98	3.182	0.002	قبول تأثير المتغير المستقل
الجهة التي تتحمل تكاليف العلاج	-0.405	-1.98	-2.833	0.006	قبول تأثير المتغير المستقل

الجدول رقم (31)

اختبار الانحدار البسيط للمتغير المستقل السادس وعلاقته بالمتغير التابع الأول

القرار الإحصائي للمتغير المستقل	B	Sig.	tالمحسوبة	tالجدولية	المتغير المستقل
رفض تأثير المتغير المستقل	0.454	0.068	1.846	1.99	الجنس
رفض تأثير المتغير المستقل	0.0702	0.571	-0.569	1.99	العمر
رفض تأثير المتغير المستقل	-0.185	0.228	-1.214	1.99	الحالة الاجتماعية
رفض تأثير المتغير المستقل	-0.0779	0.518	-0.649	1.99	مستوى الخبرة
رفض تأثير المتغير المستقل	-0.00044	0.996	-0.005	1.99	مستوى الدخل
رفض تأثير المتغير المستقل	0.364	0.140	1.491	1.99	الدوام في المستشفى
رفض تأثير المتغير المستقل	0.048	0.531	0629	1.99	التأهيل والتدريب

الجدول رقم (32)

اختبار الانحدار البسيط للمتغير المستقل السادس وعلاقته بالمتغير التابع الثاني

القرار الإحصائي للمتغير المستقل	B	Sig.	tالمحسوبة	tالجدولية	المتغير المستقل
رفض تأثير المتغير المستقل	0.365	0.153	1.442	1.99	الجنس
رفض تأثير المتغير المستقل	-0.0728	0.563	-0.580	1.99	العمر
رفض تأثير المتغير المستقل	-0.190	0.224	-1.225	1.99	الحالة الاجتماعية
رفض تأثير المتغير المستقل	-0.0719	0.558	-0.589	1.99	مستوى الخبرة
رفض تأثير المتغير المستقل	0.0515	0.600	0.527	1.99	مستوى الدخل
رفض تأثير المتغير المستقل	0.147	0.564	0.580	1.99	الدوام في المستشفى
رفض تأثير المتغير المستقل	0.00453	0.954	0.058	1.99	التأهيل والتدريب

الجدول رقم (33)

اختبار الانحدار البسيط للمتغير المستقل السادس وعلاقته بالمتغير التابع الثالث

القرار الإحصائي للمتغير المستقل	B	Sig.	tالمحسوبة	tالجدولية	المتغير المستقل
رفض تأثير المتغير المستقل	0.388	0.126	1.545	1.99	الجنس
رفض تأثير المتغير المستقل	-0.0707	0.567	-0.575	1.99	العمر

الحالة الاجتماعية	1.99	-1.090	0.279	-0.166	رفض تأثير المتغير المستقل
مستوى الخبرة	1.99	-0.615	0.540	-0.0736	رفض تأثير المتغير المستقل
مستوى الدخل	1.99	0.049	0.961	0.0047	رفض تأثير المتغير المستقل
الدوام في المستشفى	1.99	1.553	0.124	0.379	رفض تأثير المتغير المستقل
التأهيل والتدريب	1.99	0.632	0.529	0.0481	رفض تأثير المتغير المستقل

الجدول رقم (34)

اختبار الانحدار البسيط للمتغير المستقل السادس وعلاقته بالمتغير التابع الرابع

المتغير المستقل	tالجدولية	tالمحسوبة	Sig.	B	القرار الإحصائي للمتغير المستقل
الجنس	1.99	1.999	0.039	0.483	قبول تأثير المتغير المستقل
العمر	1.99	-0.728	0.468	-0.096	رفض تأثير المتغير المستقل
الحالة الاجتماعية	1.99	-1.640	0.105	-0.266	رفض تأثير المتغير المستقل
مستوى الخبرة	1.99	-0.735	0.464	-0.0941	رفض تأثير المتغير المستقل
مستوى الدخل	1.99	0.467	0.642	0.0476	رفض تأثير المتغير المستقل
الدوام في المستشفى	1.99	1.868	0.045	0.487	رفض تأثير المتغير المستقل
التأهيل والتدريب	1.99	0.220	0.827	0.0179	رفض تأثير المتغير المستقل

الجدول رقم (35)

اختبار الانحدار البسيط للمتغير المستقل السادس وعلاقته بالمتغير التابع الخامس

المتغير المستقل	tالجدولية	tالمحسوبة	Sig.	B	القرار الإحصائي للمتغير المستقل
الجنس	1.99	1.738	0.086	0.479	رفض تأثير المتغير المستقل
العمر	1.99	-0.622	0.536	-0.0861	رفض تأثير المتغير المستقل
الحالة الاجتماعية	-1.99	-1.478	0.143	-0.252	رفض تأثير المتغير المستقل
مستوى الخبرة	-1.99	-0.690	0.492	-0.0928	رفض تأثير المتغير المستقل
مستوى الدخل	1.99	2.496	0.021	0.0529	قبول تأثير المتغير المستقل
الدوام في المستشفى	1.99	1.703	0.092	0.467	رفض تأثير المتغير المستقل
التأهيل والتدريب	1.99	0.128	0.899	0.011	رفض تأثير المتغير المستقل

الجدول رقم (36)

اختبار الانحدار البسيط للمتغير المستقل السادس وعلاقته بالمتغير التابع السادس

المتغير المستقل	tالجدولية	tالمحسوبة	Sig.	B	القرار الإحصائي للمتغير المستقل
الجنس	1.99	0.395	0.694	0.0633	رفض تأثير المتغير المستقل
العمر	-1.99	-0.398	0.692	-0.032	رفض تأثير المتغير المستقل
الحالة الاجتماعية	-1.99	-0.520	0.605	-0.0516	رفض تأثير المتغير المستقل
مستوى الخبرة	-1.99	-0.198	0.843	-0.0155	رفض تأثير المتغير المستقل
مستوى الدخل	1.99	0.383	0.702	0.024	رفض تأثير المتغير المستقل
الدوام في المستشفى	-1.99	-0.426	0.671	-0.068	رفض تأثير المتغير المستقل
التأهيل والتدريب	-1.99	-0.321	0.749	-0.016	رفض تأثير المتغير المستقل

الجدول رقم (37)

اختبار الانحدار البسيط للمتغير المستقل السابع وعلاقته بالمتغير التابع الأول

المكونات	tالجدولية	tالمحسوبة	r	F المحسوبة	F الجدولية	R^2	Siq.	القرار الإحصائي للمتغير المستقل
المظاهر الثابتة	1.98	1.082	0.099	1.171	2.27	0.01	0.281	عدم وجود علاقة
المظاهر المتداولة	-1.98	-0.322	0.03	0.104	2.27	0.01	0.748	عدم وجود علاقة

الجدول رقم (38)

اختبار الانحدار البسيط للمتغير المستقل السابع وعلاقته بالمتغير التابع الثاني

المكونات	tالجدولية	tالمحسوبة	r	F المحسوبة	F الجدولية	R^2	Siq.	القرار الإحصائي للمتغير المستقل
المظاهر الثابتة	-1.98	-2, 92	0.1	3.192	2.27	0.01	0.028	وجود علاقة
المظاهر المتداولة	1.98	2.15	0106	2.322	2.27	0.011	0.025	وجود علاقة

الجدول رقم (39)

اختبار الانحدار البسيط للمتغير المستقل السابع وعلاقته بالمتغير التابع الثالث

المكونات	tالجدولية	tالمحسوبة	r	F المحسوبة	F الجدولية	R^2	Siq.	القرار الإحصائي للمتغير المستقل
المظاهر الثابتة	-1.98	-0.44	0.041	0.193	2.27	0.002	0.661	لا يوجد علاقة
المظاهر المتداولة	1.98	0.757	0.07	0.572	2.27	0.005	0.451	لا يوجد علاقة

الجدول رقم (40)

اختبار الانحدار البسيط للمتغير المستقل السابع وعلاقته بالمتغير التابع الرابع

مكونات الخدمة الأساسية	tالجدولية	tالمحسوبة	r	F المحسوبة	F الجدولية	R^2	Siq.	القرار الإحصائي للمتغير المستقل
المظاهر الثابتة	-1.98	-0.169	0.016	0.029	2.27	0.00	0.866	لا يوجد علاقة
المظاهر المتداولة	1.98	2.14	0.104	2.299	2.27	0.011	0.027	وجود علاقة

الجدول رقم (41)

اختبار الانحدار البسيط للمتغير المستقل السابع وعلاقته بالمتغير التابع الخامس

مكونات الخدمة الأساسية	tالجدولية	tالمحسوبة	r	F المحسوبة	F الجدولية	R^2	Siq.	القرار الإحصائي للمتغير المستقل
المظاهر الثابتة	-1.98	-2.344	0. 32	3.118	2.27	0.001	0.031	يوجد علاقة
المظاهر المتداولة	1.98	2.07	0. 98	4.145	2.27	0.01	0.028	يوجد علاقة

الجدول رقم (42)

اختبار الانحدار البسيط للمتغير المستقل السابع وعلاقته بالمتغير التابع السادس

المكونات	tالجدولية	tالمحسوبة	r	F المحسوبة	F الجدولية	R^2	Siq.	لقرار الإحصائي للمتغير المستقل
المظاهر الثابتة	-1.98	-1.096	0.1	1.201	2.27	0.01	0.275	لا يوجد علاقة
المظاهر المتداولة	1.98	0.539	0.05	1.29	2.27	0.025	0.59	لا يوجد علاقة

الجدول رقم (43)

اختبار الانحدار البسيط للمتغير المستقل الثامن وعلاقته بالمتغير التابع الأول

القرار الإحصائي للمتغير المستقل	B	Sig.	t المحسوبة	t الجدولية	المتغير المستقل
رفض	-.720	.492	-0.781	2.074	ضعف خطط تسويق خدمات قطاع السياحة العلاجية
رفض	-.603	.582	-.616	2.074	ضعف التنسيق بين المؤسسات الحكومية المسئولة عن قطاع السياحة العلاجية
رفض	-.554	.609	-.570	2.074	ازدواجية الصلاحيات الممنوحة للمؤسسات الحكومية المسئولة عن قطاع السياحة العلاجية
رفض	.509	.536	.696	2.074	ضعف الصلاحيات الممنوحة للهيئات المسئولة عن الترويج السياحي
رفض	-.148	.837	-.224	2.074	تشتت الجهات المسئولة عن ترويج قطاع السياحة العلاجية
رفض	1.105	.398	.982	2.074	ضعف الحوافز الاستثمارية المقدمة لقطاع السياحة العلاجية
رفض	.767	.355	1.091	2.074	ضعف الإجراءات الحكومية الجاذبة للمرضى الأجانب
رفض	.134	.889	.151	2.074	ضعف الاتفاقيات والبروتوكولات العلاجية المبرمة مع الأسواق المستهدفة
رفض	1.930	.278	1.321	2.074	ضعف التنسيق بين المؤسسات الحكومية والقطاع الخاص في ترويج الخدمات العلاجية
رفض	.230	.847	.211	2.074	ضعف سياسات الأجور والحوافز النقدية الممنوحة للكوادر الطبية العاملة في القطاع
رفض	-.523	.645	-.510	2.074	ضعف سياسات تأهيل وتدريب الكوادر الطبية المختصة بترويج الخدمة العلاجية
رفض	1.222	.288	1.288	2.074	ضعف المنافسة السعرية بين المستشفيات العاملة في الأردن
رفض	- 1.336	.332	-1.153	2.074	عدم توحيد أسعار بيع الخدمات العلاجية في القطاع
رفض	-.385	.776	-.312	2.074	عدم استخدام المعايير الدولية لتصنيف المستشفيات العاملة في القطاع
رفض	.161	.908	.125	2.074	ضعف معايير الجودة للخدمات العلاجية المباعة
رفض	.557	.701	.423	2.074	ضعف مخصصات الإنفاق الحكومي على ترويج السياحة

المتغير المستقل	tالجدولية	tالمحسوبة	Sig.	B	القرار الإحصائي للمتغير المستقل
العلاجية					
ضعف الاستثمار الطبي الأردني في الأسواق المستهدفة من جانب إنشاء مستشفيات بداخلها	2.074	-.976	.401	-1.720	رفض
نقص الخبرات المؤهلة لتسويق خدمات السياحة العلاجية	2.074	.064	.953	.0555	رفض
عدم مراعاة متطلبات الاستثمار لكل نوع من السياحة العلاجية على حده (السريري والاستشفائي الطبيعي)	2.074	.626	.576	.441	رفض

الجدول رقم (44)

اختبار الانحدار البسيط للمتغير المستقل الثامن وعلاقته بالمتغير التابع الثاني

المتغير المستقل	tالجدولية	tالمحسوبة	Sig.	B	القرار الإحصائي للمتغير المستقل
ضعف خطط تسويق خدمات قطاع السياحة العلاجية	2.074	-.717	.548	-.799	رفض
ضعف التنسيق بين المؤسسات الحكومية المسئولة عن قطاع السياحة العلاجية	2.074	-.169	.882	-.240	رفض
ازدواجية الصلاحيات الممنوحة للمؤسسات الحكومية المسئولة عن قطاع السياحة العلاجية	2.074	-.405	.725	-.498	رفض
ضعف الصلاحيات الممنوحة للهيئات المسئولة عن الترويج السياحي	2.074	.669	.572	.608	رفض
تشتت الجهات المسئولة عن ترويج قطاع السياحة العلاجية	2.074	-.200	.860	-.176	رفض
ضعف الحوافز الاستثمارية المقدمة لقطاع السياحة العلاجية	2.074	.860	.481	1.195	رفض
ضعف الإجراءات الحكومية الجاذبة للمرضى الأجانب	2.074	.696	.558	.636	رفض
ضعف الاتفاقيات والبروتوكولات العلاجية المبرمة مع الأسواق المستهدفة	2.074	.117	.918	.127	رفض
ضعف التنسيق بين المؤسسات الحكومية والقطاع الخاص في ترويج الخدمات العلاجية	2.074	1.055	.402	1.1936	رفض
ضعف سياسات الأجور والحوافز النقدية الممنوحة للكوادر الطبية العاملة في القطاع	2.074	.121	.915	.164	رفض
ضعف سياسات تأهيل وتدريب الكوادر الطبية المختصة بترويج الخدمة العلاجية	2.074	-.356	.756	-.455	رفض

ضعف المنافسة السعرية بين المستشفيات العاملة في الأردن	2.074	1.179	.360	1.354	رفض
عدم توحيد أسعار بيع الخدمات العلاجية في القطاع	2.074	-1.169	.363	-1.667	رفض
عدم استخدام المعايير الدولية لتصنيف المستشفيات العاملة في القطاع	2.074	-.223	.844	-.336	رفض
ضعف معايير الجودة للخدمات العلاجية المباعة	2.074	-.007	.995	-.0117	رفض
ضعف مخصصات الإنفاق الحكومي على ترويج السياحة العلاجية	2.074	.553	.636	.920	رفض
ضعف الاستثمار الطبي الأردني في الأسواق المستهدفة من جانب إنشاء مستشفيات بداخلها	2.074	-.924	.453	-1.966	رفض
نقص الخبرات المؤهلة لتسويق خدمات السياحة العلاجية	2.074	.177	.876	.197	رفض
عدم مراعاة متطلبات الاستثمار لكل نوع من السياحة العلاجية على حده (السريري والاستشفائي الطبيعي)	2.074	.395	.731	.343	رفض

الجدول رقم (45)

اختبار الانحدار البسيط للمتغير المستقل الثامن وعلاقته بالمتغير التابع الثالث

المتغير المستقل	tالجدولية	tالمحسوبة	Sig.	B	القرار الإحصائي للمتغير المستقل
ضعف خطط تسويق خدمات قطاع السياحة العلاجية	2.074	-.427	.683	-1.23	رفض
ضعف التنسيق بين المؤسسات الحكومية المسئولة عن قطاع السياحة العلاجية	2.074	-.438	.704	-.540	رفض
ازدواجية الصلاحيات الممنوحة للمؤسسات الحكومية المسئولة عن قطاع السياحة العلاجية	2.074	-.419	.716	-.511	رفض
ضعف الصلاحيات الممنوحة للهيئات المسئولة عن الترويج السياحي	2.074	-.478	.680	.859	رفض
تشتت الجهات المسئولة عن ترويج قطاع السياحة العلاجية	2.074	.085	.940	.137	رفض
ضعف الحوافز الاستثمارية المقدمة لقطاع السياحة العلاجية	2.074	.519	.656	1.472	رفض
ضعف الإجراءات الحكومية الجاذبة للمرضى الأجانب	2.074	.591	.615	.921	رفض
ضعف الاتفاقيات والبروتوكولات العلاجية المبرمة مع	2.074	-.099	.930	-.237	رفض

الأسواق المستهدفة					
ضعف التنسيق بين المؤسسات الحكومية والقطاع الخاص في ترويج الخدمات العلاجية	2.074	.571	.626	2.621	رفض
ضعف سياسات الأجور والحوافز النقدية الممنوحة للكوادر الطبية العاملة في القطاع	2.074	.208	.854	.477	رفض
ضعف سياسات تأهيل وتدريب الكوادر الطبية المختصة بترويج الخدمة العلاجية	2.074	-.147	.897	-.328	رفض
ضعف المنافسة السعرية بين المستشفيات العاملة في الأردن	2.074	.780	.517	1.707	رفض
عدم توحيد أسعار بيع الخدمات العلاجية في القطاع	2.074	-.509	.662	-2.066	رفض
عدم استخدام المعايير الدولية لتصنيف المستشفيات العاملة في القطاع	2.074	-.257	.821	-.453	رفض
ضعف معايير الجودة للخدمات العلاجية المباعة	2.074	-.070	.951	-.296	رفض
ضعف مخصصات الإنفاق الحكومي على ترويج السياحة العلاجية	2.074	.294	.797	1.206	رفض
ضعف الاستثمار الطبي الأردني في الأسواق المستهدفة من جانب إنشاء مستشفيات بداخلها	2.074	-.411	.721	-2.932	رفض
نقص الخبرات المؤهلة لتسويق خدمات السياحة العلاجية	2.074	.200	.860	.395	رفض
عدم مراعاة متطلبات الاستثمار لكل نوع من السياحة العلاجية على حده (السريري والاستشفائي الطبيعي)	2.074	.352	.758	.659	رفض

الجدول رقم (46)

اختبار الانحدار البسيط للمتغير المستقل الثامن وعلاقته بالمتغير التابع الرابع

المتغير المستقل	tالجدولية	tالمحسوبة	Sig.	B	القرار الإحصائي للمتغير المستقل
ضعف خطط تسويق خدمات قطاع السياحة العلاجية	2.074	-.904	.433	-.953	رفض
ضعف التنسيق بين المؤسسات الحكومية المسئولة عن قطاع السياحة العلاجية	2.074	-.597	.593	-.669	رفض
ازدواجية الصلاحيات الممنوحة للمؤسسات الحكومية المسئولة عن قطاع السياحة العلاجية	2.074	-.638	.569	-.711	رفض

ضعف الصلاحيات الممنوحة للهيئات المسئولة عن الترويج السياحي	2.074	.782	.491	.656	رفض
تشتت الجهات المسئولة عن ترويج قطاع السياحة العلاجية	2.074	-.015	.989	.0115-	رفض
ضعف الحوافز الاستثمارية المقدمة لقطاع السياحة العلاجية	2.074	2.151	.033	1.483	قبول
ضعف الإجراءات الحكومية الجاذبة للمرضى الأجانب	2.074	2.181	.023	.952	قبول
ضعف الاتفاقيات والبروتوكولات العلاجية المبرمة مع الأسواق المستهدفة	2.074	-.156	.886	-.159	رفض
ضعف التنسيق بين المؤسسات الحكومية والقطاع الخاص في ترويج الخدمات العلاجية	2.074	2.536	.022	2.570	قبول
ضعف سياسات الأجور والحوافز النقدية الممنوحة للكوادر الطبية العاملة في القطاع	2.074	.515	.642	.643	رفض
ضعف سياسات تأهيل وتدريب الكوادر الطبية المختصة بترويج الخدمة العلاجية	2.074	-.331	.763	-.388	رفض
ضعف المنافسة السعرية بين المستشفيات العاملة في الأردن	2.074	1.190	.320	1.293	رفض
عدم توحيد أسعار بيع الخدمات العلاجية في القطاع	2.074	-1.274	.292	-1.690	رفض
عدم استخدام المعايير الدولية لتصنيف المستشفيات العاملة في القطاع	2.074	.066	.951	.0937	رفض
ضعف معايير الجودة للخدمات العلاجية المباعة	2.074	-.228	.834	-.336	رفض
ضعف مخصصات الإنفاق الحكومي على ترويج السياحة العلاجية	2.074	.595	.594	.897	رفض
ضعف الاستثمار الطبي الأردني في الأسواق المستهدفة من جانب إنشاء مستشفيات بداخلها	2.074	-1.187	.321	-2.395	رفض
نقص الخبرات المؤهلة لتسويق خدمات السياحة العلاجية	2.074	.041	.970	.0411	رفض
عدم مراعاة متطلبات الاستثمار لكل نوع من السياحة العلاجية على حدة (المريري والاستشفائي الطبيعي)	2.074	.818	.473	.660	رفض

الجدول رقم (47)

اختبار الانحدار البسيط للمتغير المستقل الثامن وعلاقته بالمتغير التابع الخامس

المتغير المستقل	tالجدولية	tالمحسوبة	Sig.	B	القرار الإحصائي للمتغير المستقل
ضعف خطط تسويق خدمات قطاع السياحة العلاجية	2.074	-1.053	.370	-1.057	رفض
ضعف التنسيق بين المؤسسات الحكومية المسئولة عن قطاع السياحة العلاجية	2.074	-.559	.615	-.596	رفض
ازدواجية الصلاحيات الممنوحة للمؤسسات الحكومية المسئولة عن قطاع السياحة العلاجية	2.074	-.697	.536	-.739	رفض
ضعف الصلاحيات الممنوحة للهيئات المسئولة عن الترويج السياحي	2.074	.923	.424	.735	رفض
تشتت الجهات المسئولة عن ترويج قطاع السياحة العلاجية	2.074	-.169	.876	-.122	رفض
ضعف الحوافز الاستثمارية المقدمة لقطاع السياحة العلاجية	2.074	1.374	.263	1.683	رفض
ضعف الإجراءات الحكومية الجاذبة للمرضى الأجانب	2.074	1.286	.289	.986	رفض
ضعف الاتفاقيات والبروتوكولات العلاجية المبرمة مع الأسواق المستهدفة	2.074	-.182	.867	-.176	رفض
ضعف التنسيق بين المؤسسات الحكومية والقطاع الخاص في ترويج الخدمات العلاجية	2.074	1.745	.179	2.776	رفض
ضعف سياسات الأجور والحوافز النقدية الممنوحة للكوادر الطبية العاملة في القطاع	2.074	.584	.601	.693	رفض
ضعف سياسات تأهيل وتدريب الكوادر الطبية المختصة بترويج الخدمة العلاجية	2.074	-.321	.770	-.358	رفض
ضعف المنافسة السعرية بين المستشفيات العاملة في الأردن	2.074	1.321	.278	1.365	رفض
عدم توحيد أسعار بيع الخدمات العلاجية في القطاع	2.074	-1.460	.240	-1.842	رفض
عدم استخدام المعايير الدولية لتصنيف المستشفيات العاملة في القطاع	2.074	.070	.948	0.095	رفض
ضعف معايير الجودة للخدمات العلاجية المباعة	2.074	-.222	.839	-.310	رفض
ضعف مخصصات الإنفاق الحكومي على ترويج السياحة العلاجية	2.074	.742	.512	1.064	رفض
ضعف الاستثمار الطبي الأردني في الأسواق المستهدفة من جانب إنشاء مستشفيات بداخلها	2.074	-1.367	.265	-2.622	رفض

نقص الخبرات المؤهلة لتسويق خدمات السياحة العلاجية	2.074	.055	.960	0.052	رفض
عدم مراعاة متطلبات الاستثمار لكل نوع من السياحة العلاجية على حدة (السريري والاستشفائي الطبيعي)	2.074	.813	.476	.624	رفض

الجدول رقم (48)

اختبار الانحدار البسيط للمتغير المستقل الثامن وعلاقته بالمتغير التابع السادس

المتغير المستقل	tالجدولية	tالمحسوبة	Sig.	B	القرار الإحصائي للمتغير المستقل
ضعف خطط تسويق خدمات قطاع السياحة العلاجية	2.074	0.090	0.934	0.063	رفض
ضعف التنسيق بين المؤسسات الحكومية المسئولة عن قطاع السياحة العلاجية	2.074	0.748	0.509	0.564	رفض
ازدواجية الصلاحيات الممنوحة للمؤسسات الحكومية المسئولة عن قطاع السياحة العلاجية	2.074	0.409	0.71	0.306	رفض
ضعف الصلاحيات الممنوحة للهيئات المسئولة عن الترويج السياحي	2.074	-0.474	0.668	-0.267	رفض
تشتت الجهات المسئولة عن ترويج قطاع السياحة العلاجية	2.074	0.895	0.437	0.455	رفض
ضعف الحوافز الاستثمارية المقدمة لقطاع السياحة العلاجية	2.074	-0.535	0.630	-0.463	رفض
ضعف الإجراءات الحكومية الجاذبة للمرضى الأجانب	2.074	-0.338	0.757	-0.183	رفض
ضعف الاتفاقيات والبروتوكولات العلاجية المبرمة مع الأسواق المستهدفة	2.074	0.972	0.403	0.665	رفض
ضعف التنسيق بين المؤسسات الحكومية والقطاع الخاص في ترويج الخدمات العلاجية	2.074	-0.408	0.711	-0.459	رفض
ضعف سياسات الأجور والحوافز النقدية الممنوحة للكوادر الطبية العاملة في القطاع	2.074	-1.383	0.261	-1.161	رفض
ضعف سياسات تأهيل وتدريب الكوادر الطبية المختصة بترويج الخدمة العلاجية	2.074	-0.931	0.420	-0.734	رفض
ضعف المنافسة السعرية بين المستشفيات العاملة في الأردن	2.074	1.166	0.328	0.851	رفض
عدم توحيد أسعار بيع الخدمات العلاجية في القطاع	2.074	-0.742	0.512	-0.662	رفض
عدم استخدام المعايير الدولية لتصنيف المستشفيات العاملة في القطاع	2.074	-2.012	0.125	-2.007	رفض

الجدول رقم (51)

نتائج تقدير الصيغة رقم (1) للسوق البحريني

المتغير	المعلمة	العلاقة مع الطلب	مؤشرات إحصائية أخرى
Income	0.426	طردية	R^{-2} =0.951 A= 3924.66 F = 25.13 R =0.995
Physicians	1.634	عكسية	
Population	0.00322	عكسية	
Prices	72.032	عكسية	

الجدول رقم (52)

نتائج تقدير الصيغة رقم (1) للسوق الفلسطيني

المتغير	المعلمة	العلاقة مع الطلب	مؤشرات إحصائية أخرى
Beds	8.659	طردية	R^{-2} = 0.67 A=3030.99 F=2.029 R = 0.818
Physicians	8.467	عكسية	
Inpatients	0.01995	طردية	

الجدول رقم (53)

نتائج تقدير الصيغة رقم (1) للسوق السوري

المتغير	المعلمة	العلاقة مع الطلب	مؤشرات إحصائية أخرى
Beds	0.03714	عكسية	R^{-2} =0.945 A= 33580.364 F=21.657 R =0.995
Physicians	1.291	طردية	
Income	5.546	عكسية	
Population	0.003156	عكسية	
Prices	6.402	طردية	

الجدول رقم (54)

نتائج تقدير الصيغة رقم (1) للسوق اليمني

المتغير	المعلمة	العلاقة مع الطلب	مؤشرات إحصائية أخرى
Beds	5.444	طردية	R^{-2} =032 A= -37803.6 F=2.094 R =0.566
Physicians	0.932	عكسية	
Income	39.018	طردية	
Population	0.000103	عكسية	
Prices	730.975	عكسية	

الجدول رقم (55)

المستشفيات الخاصة التي شملتها الدراسة

اسم المستشفى	عدد الآسرة
الإسلامي	259
الأردن	169
الخالدي	160
التخصصي	150
المركز العربي للقلب	141
الإسراء	80
الاستقلال	100
عمان الجراحي	65
لوزميلا	58
الشميساني	60
الأهلي	50
فلسطين	49

فرح	19
عبد الهادي للعيون	15
تلاع العلي	53
ملحس	69
القدس	70

المصدر : مديرية السياحة الطبية العلاجية ، وزارة الصحة ، عمان ، الأردن

– أسماء الأساتذة الذين حكموا الاستبيان :

محكمين من الأردن :

١– الأستاذ الدكتور فؤاد الشيخ سالم / جامعة عمان العربية .

٢– الأستاذ الدكتور ناجي معلا / جامعة عمان العربية .

٣– الأستاذ الدكتور هاني الضمور / الجامعة الأردنية .

٤– الأستاذ الدكتور رائف توفيق / جامعة اليرموك .

٥– الدكتور فهد الخطيب / جامعة مؤتة .

محكمين من السعودية :

١– الأستاذ الدكتور احمد سليمان / جامعة الملك سعود .

٢– الدكتور أحمد المطوع / جامعة الملك سعود .

٣– الدكتور راتب البشايرة / وزارة التربية والتعليم .

٤– الدكتور عبد العزيز أبانمي / جامعة الإمام محمد بن سعود.

٥– الدكتور أحمد طه وهبه / جامعة الإمام محمد بن سعود.

استبانة الدراسة

جامعة عمان العربية للدراسات العليا
كلية العلوم المالية والإدارية العليـــا
قسم إدارة الأعمــــــــــــــــــــال

تحية طيبة وبعد ،،،

يقوم الباحث بإجراء دراسة حول " **تطوير استراتيجية تسويقية لتنمية السياحة العلاجية في الأردن " وذلك كمتطلب جزئي للحصول على درجة دكتوراه الفلسفة في التسويق .**

لذا يرجى التكرم بالإجابة على جميع الأسئلة والفقرات الواردة في الاستبانة ، علماً بأن جميع البيانات ستعامل بسرية تامة ولأغرض البحث العلمي فقط ، شاكرين لكم حسن التعاون والتوجيه .

ودمتم عوناً للعلم والباحثين عن المعرفة ،،،

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

الباحث

إياد عبد الفتاح النسور

1 . الاستبانة الموجهة للمرضى الأجانب

الجزء الأول : يرجى التكرم بوضع إشارة (x) في المربع المناسب الذي يعبر عن مدى موافقتك ، أو عدم موافقتك في المكان المناسب على المقياس المحاذي :

أولاً : ما هو رأيك بمدى توفر الخدمات الأساسية الأخرى في المستشفى الذي تتقلى فيه العلاج حالياً؟

الفقرة	ممتازة %	جيدة %	متوسطة %	ضعيفة %	سيئة جدا %
العناية بنظافة الطعام داخل غرف المستشفى	45.8	40	5.8	8.3	0.00
العناية بنظافة المنام داخل غرف المستشفى	25.8	45.8	15.8	11.7	0.8
العناية بنظافة المباني داخل المستشفى	27.5	58.3	10	3.3	0.8
توفر وسائل الاتصال الضرورية للمريض مع خارج المستشفى(تلفون، إنترنت ، فاكس)	7.6	26.9	27.7	32.8	5.0
توفر وسائل النقل الطبي المجهز والمتطور (الإسعاف مثلاً)	12.7	36.4	25.4	20.3	5.1
توفر خدمات الحجز الالكتروني في المستشفى	5.2	30.2	30.2	31	3.4
تبسيط إجراءات الدخول والإقامة في المستشفى	20.2	31.9	27.7	17.6	2.5
التعامل مع استفسارات المرضى عبر الانترنت أو الرد الآلي	4.3	20	27.8	40.9	7
تبسيط إجراءات قدوم المرضى الأجانب إلى الانترنت	25	35	24.2	13.3	2.5
تبسيط الإجراءات الجمركية في المطار الأردني	12	29.1	27.4	27.4	4.3
تقديم خدمات ملائمة من الضيافة وحسن الاستقبال	26.3	36.4	17.8	13.6	5.9
المحافظة على سرية المعلومات الخاصة بالمريض	24.6	39	17.8	16.1	2.5
سهولة خدمات الحجز وجدولة مواعيد المرضى	26.7	36.7	20	13.3	3.3
توفير خدمات الطوارئ الطبية الدولية في	9.6	28.1	23.7	30.7	7.9

					المستشفى
0.9	29.6	33.9	21.7	13.9	توفر وحدات الطوارئ الطبية المتنقلة في المستشفى
1.7	13.3	17.5	34.2	33.3	حسن المعاملة لنزلاء المستشفى
4.2	18.5	31.1	33.6	12.6	دراسة حالة المريض قبل قدومه للعلاج في الأردن
3.4	18.6	16.9	38.1	22.9	حرية اختيار طاقم العلاج من المستشفيات الأخرى

ثانياً : ما هو رأيك بمدى توفر المزايا العلاجية التالية في المستشفى الذي تتلقى فيه العلاج حالياً؟

سيئة جدا %	ضعيفة %	متوسطة %	جيدة %	ممتازة %	الفقرة
0.8	8.3	14.2	45.8	30.8	تقديم الخدمة العلاجية بسرعة
2.5	18.3	14.2	45	20	الاحتراف في تشخيص وتقديم الخدمة العلاجية
9.5	13.8	37.1	28.4	11.2	يتم استخدام الكمبيوتر في العلاج
0.0	5.8	20.8	44.2	29.2	يتم استخدام المعدات الحديثة في العلاج
5.3	26.3	34.2	25.4	8.8	التعاون الطبي مع المستشفيات العالمية
0.00	11	23.7	46.6	18.6	توفر الكوادر الطبية المتخصصة المؤهلة
14.3	31.9	23.5	26.1	4.2	توفر الأدوية المناسبة بأسعار مقبولة
0.8	10.2	17.8	44.9	26.3	المظهر العام للمستشفى وتصميم المباني
1.7	12.5	18.3	43.3	24.2	حسن سمعة الأطباء العاملين في المستشفى
0.8	18.5	24.4	39.5	16.8	نوعية الخدمة العلاجية المقدمة في المستشفى
13.9	25.2	36.5	19.1	5.2	استقدام أطباء أجانب للاستشارة أو العلاج
24.6	38.6	21.1	12.3	3.5	تقديم الخدمة العلاجية في منتجعات طبيعية

ثالثاً : ما مدى رضاك بالأمور التالية المتعلقة بعملية تسعير الخدمات العلاجية في المستشفى وللمنافسين في السوق ؟

الفقرة	راض تماماً %	راض%	راضي إلى حد ما %	غير راض %	غير راض تماماً %
أسعار بيع الخدمات العلاجية في المستشفى	2.5	18.5	32.8	37	9.2
الطرق المتبعة لدفع فواتير العلاج المستحقة (تقسيط ، نقداً ، حوالة ، بطاقات ائتمان)	3.4	47.9	30.3	16	2.5
تسهيلات الدفع والخصومات السعرية المقدمة عند العلاج لأكثر من مرة في المستشفى	5.1	17.9	29.9	33.3	13.7
تقديم فاتورة مفصلة بكافة العلاجات المقدمة	13.7	27.4	29.1	25.6	4.3
التزام المستشفى بالأسعار المعلنة عن خدماته العلاجية	9.2	16.8	28.6	35.3	10.1
أسعار الطعام والشراب في المستشفى	5.9	12.6	22.7	43.7	15.1
أسعار بيع الخدمة العلاجية في الأردن مقارنة بالدول العربية الأخرى	6.7	31.7	27.5	27.5	6.7
أسعار بيع الأدوية للمرضى الأجانب	2.5	5.9	28.6	53.8	9.2
الخدمات العلاجية المجانية للمرضى الأجانب	8.6	12.1	21.6	37.9	19.8
مستوى تقديم الخدمات العلاجية في المستشفى	19.3	24.4	28.6	23.5	4.2

الجزء الثاني : معلومات تصنيفية عن المرضى

1 . الجنس

أ. ذكر (56.3%)　　ب. أنثى (43.7%)

2.العمر

أ. أقل من 18 سنة (6.7%)　　ب.18-29 سنة (23.5%)　　ج.30-39 سنة (16.8%)

د.40-49 سنة (20.2%)　　هـ. 50-59 سنة (23.5%)　　و.60 سنة فأكثر (9.2%)

3. المستوى التعليمي

أ. أقل من الثانوية (6.8%)　　ب. الثانوية العامة (34.2%)　　ج.البكالوريوس (41.9%)

د.دراسات عليا (10.3%)　　هـ. أخرى (6.8%)

4. الحالة الاجتماعية :

أ. أعزب (22.4%)　　ب. متزوج (66.7%)　　ج.أرمل (8.4%)　　د.مطلق (2.5%)

/

5.متوسط الدخل الشهري للمريض (بالدولار) :

أ. أقل من 500 (35%) ب. من 500 -1000 (33.3%) ج.من1001-2000 (23.1%)

د.من 2001-3000 (2.6%) هـ. من 3001-4000 (3.4%) و. أكثر من 4000 (2.6%)

6.عدد أفراد الأسرة المرافقين للمريض :

أ. 1 (59.9%) ب. 2 (28.2%) ج. 3 (6.8%) د.4 فأكثر (5.2%)

7. مكان قدوم المريض (جنسية المريض) :

أ. اليمن(12.6%) ب. السعودية (16%) ج.السودان(23.5%) د.ليبيا (11.8%)

هـ.فلسطين (11.8%) و. العراق (10.9%) ز. أخرى (12.4%)

8.عدد مرات شراء الخدمة العلاجية من الأردن :

أ. 1 (60.3%) ب.2 (31%) ج.3 (4.3%) د.4 (2.6%) هـ. 4 فأكثر (1.7%)

9.هل أنت قادم للعلاج في الأردن على نفقتك الخاصة :

أ. نعم (73.7%) ب. لا (26.3%)

10.إذا كان الجواب في السؤال السابق رقم (9) لا ، فحدد الجهة التي تتحمل تكاليف العلاج

....

11.ما هي الخدمة العلاجية المطلوبة (نوع العلاج المطلوب) ....

-الجراحة العامة كانت بنسبة (**24.04%**) .

-أمراض القلب والشرايين كانت بنسبة (**21.2%**) .

-جراحة الأعصاب حازت على نسبة (**19.2%**) .

-أمراض العظام والمفاصل كانت بنسبة (**15.4%**) .

-أمراض السرطان كانت بنسبة (**4.8%**) .

-أمراض أخرى شملت العلاج الطبيعي ، والفحوصات ، والاستشارة ، والعيون، والأسنان وحازت على ما نسبته (**18.3%**).

12.كيف تعرفت على المستشفى أو الخدمة العلاجية في الأردن :

أ. الأصدقاء والمعارف (72.3%) ب.الجهود الشخصية (10.9%) ج.الإعلانات (5%)

د.السفارة الأردنية في بلدك (3.4%) هـ. الانترنت (0.00%) و.أخرى (8.4%)

13. هل تفكر بالرجوع إلى الأردن مرة أخرى لتلقي العلاج :

أ. نعم (40.7%) ب. لا (32.2%) ج.غير متأكد (27.1%)

2. الاستبانة الموجهة للأطباء

الجزء الأول :

فيما يلي مجموعة من العوامل التي يمكن أن تؤثر على مستوى جودة الخدمات العلاجية في المستشفى الذي تعمل فيه ، الرجاء تحديد مدى موافقتك على كل منها بوضع إشارة (X) في المكان المناسب على المقياس المحاذي :

العوامل المؤثرة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
ملائمة المباني والمرافق الطبية في المستشفى	24.2	48.5	19.2	7.1	1
ملائمة تجهيزات الأثاث في المستشفى للمرضى الأجانب	19.2	52.5	20.2	7.1	1
ملائمة الأجهزة الطبية في المستشفى للمرضى الأجانب	30.3	50.5	12.1	7.1	0.00
توفر خدمات رجال الأعمال والخدمات الطبية الخاصة v.i.p	24.2	40.4	19.2	13.1	3
الاهتمام بتأهيل وتدريب الكوادر الطبية العاملة في المستشفى	17.2	35.4	21.2	18.2	8.1
تباع الخدمات العلاجية للمرضى الأجانب بأسعار مناسبة	17.1	59.8	11	9.8	2.4
اختلاف سعر بيع الخدمة العلاجية تبعاً للدولة القادم منها المريض	3	18.2	17.2	32.3	29.3
اختلاف مستوى تقديم الخدمة العلاجية تبعاً لجنسية المريض	3	17.2	22.2	43.4	16.2
كثرة الإجراءات والفحوصات التشخيصية للمريض (سواء كانت مهمة أو غير مهمة)	4	13.1	22.2	43.4	17.2
ملائمة الأدوية والعلاجات التي توصف للمرضى الأجانب	12.2	59.2	15.3	12.2	1
تنويم المرضى فترات طويلة ممن لا تستدعي حالاتهم	7.1	13.1	23.2	38.4	18.2
استخدام الأطباء في ترويج الخدمات العلاجية في الأسواق المستهدفة	5.1	30.3	28.3	31.3	5.1
قيام المستشفى بتحديث وتطوير معداته وأجهزته الطبية دورياً	15.2	44.4	20.2	17.2	3

قيام المستشفى بدراسة حالة المريض قبل قدومه للعلاج في الأردن	10.1	39.4	19.2	22.2	9.1
كفاية الكوادر الطبية العاملة في المستشفى لاستقطاب المرضى الأجانب	12.1	35.4	17.2	27.3	8.1
كفاءة الكوادر الطبية العاملة في المستشفى لتقديم الخدمة العلاجية للمرضى الأجانب	24.2	47.5	15.2	12.1	1
المحافظة على سرية المعلومات الخاصة بالمريض	22.2	40.4	22.2	12.1	3
التعاون الطبي العلاجي مع المستشفيات العالمية	10.1	23.2	22.2	34.3	10.1
يمكن تجزئة الخدمة العلاجية بين أكثر من مستشفى	8.1	28.3	34.3	23.2	6.1
تقديم الخدمة العلاجية في منتجعات علاجية تابعة للمستشفى	6.1	21.2	29.3	29.3	14.1

الجزء الثاني : معلومات تصنيفية عن الأطباء

1 . الجنس

أ. ذكر (82.8%)　　　ب. أنثى (17.2%)

2.العمر

أ. أقل من 30 سنة (16.2%)　　ب.30-40 سنة (28.3%)　　ج.41-50 سنة (24.2%)

هـ. 51-60 سنة (21.2%)　　و . أكثر من 60 سنة (10.1%)

3. الحالة الاجتماعية :

أ. أعزب (24.2%)　　ب. متزوج (65.7%)　　ج. مطلق (6.1%)　　د.أرمل (4%)

4. عدد سنوات الخبرة في التخصص :

أ. أقل من 5 سنوات (23.2%)　　ب. من 5- أقل من 10 سنوات (28.3%)

ج. من 10 – أقل من 15 سنة (17.2%)　　د. 15 سنة فما فوق (31.3%)

5.متوسط الدخل الشهري للطبيب (بالدولار) :

أ. أقل من 500 (13.4%)　ب. من500ـ أقل من 1000(21.6%)　ج.من1000- أقل من 2000 (28.9%)

د.من 2000-أقل من3000 (18.6%)　هـ. من 3000-أقل من4000 (6.2%)　و. 4000 فأكثر (11.3%)

6.مجال اختصاص الطبيب :

أ. طب عام (25.3%) ب. باطنية (13.8%) ج.العظام والمفاصل (4.6%) د.النسائية والتوليد والأطفال(16.1%)

هـ.القلب (4.6%)　　و.جراحة عامة ومنظار (9.9%)　　ز. العيون (4.6%)　　ح.أخرى (25.3%)

7.مصدر الحصول على الشهادة :

أ. الأردن (43.5%) ب. أميركا (8.7%) ج.بريطانيا (12%)

د.مصر (8.7%) هـ. سوريا (7.6%) و.أخرى (19.6%)

8.هل تعمل في المستشفى بدوام كامل في المستشفى :

أ. نعم (80.4%) ب.لا (19.6%)

9.إذا كان الجواب في السؤال السابق رقم (8) بالنفي (لا) ، فكم عدد المستشفيات التي تعمل بها في نفس الوقت ؟

أ. 1 (50%) ب.2 (25%) ج. 3 فأكثر (25%)

10.عدد الدورات التدريبية والتأهيلية التي يخضع لها الطبيب سنوياً ، والمتعلقة بالمستجدات الطبية في مجال العمل :

أ. لاشيء (29.9%) ب.1 (26.8%) ج.2 (16.5%) د.3 (16.5%) هـ.4 فأكثر (10.4%)

3.الاستبانة الموجهة للأجهزة الرسمية

الجزء الأول :

فيما يلي مجموعة من العوامل التي تعتقد تأثيرها على فاعلية تطبيق السياسات الحكومية المتعلقة بالسياحة العلاجية في المملكة ، الرجاء تحديد مدى موافقتك على كل منها بوضع إشارة (x) في المكان المناسب على المقياس المحاذي :

السياسات المؤثرة	موافق بشدة%	موافق%	محايد%	غير موافق%	غير موافق بشدة %
ضعف خطط تسويق السياحة العلاجية	25	50	4.2	20.8	0.00
ضعف التنسيق بين المؤسسات الحكومية المسئولة عن قطاع السياحة العلاجية	29.2	54.2	4.2	12.5	0.00
ازدواجية الصلاحيات الممنوحة للمؤسسات الحكومية المسئولة عن قطاع السياحة العلاجية	4.2	62.5	12.5	12.5	8.3
ضعف الصلاحيات الممنوحة للهيئات المسئولة عن الترويج السياحي	12.5	33.3	16.7	37.5	0.00
تشتت الجهات المسئولة عن ترويج قطاع السياحة العلاجية	16.7	41.7	8.3	29.2	4.2

ضعف الحوافز الاستثمارية المقدمة لقطاع السياحة العلاجية	8.3	37.5	25	25	4.2
ضعف الإجراءات الحكومية الجاذبة للمرضى الأجانب	8.7	30.4	26.1	34.8	0.00
ضعف الاتفاقيات والبروتوكولات العلاجية المبرمة مع الأسواق المستهدفة	4.2	37.5	16.7	41.7	0.00
ضعف التنسيق بين المؤسسات الحكومية والقطاع الخاص في ترويج الخدمات العلاجية	8.7	52.2	21.7	17.4	0.00
ضعف سياسات الأجور والحوافز النقدية الممنوحة للكوادر الطبية العاملة في القطاع	8.3	37.5	29.2	20.8	4.2
ضعف سياسات تأهيل وتدريب الكوادر الطبية لمختصة بترويج الخدمة العلاجية	0.00	54.2	20.8	25	0.00
ضعف المنافسة السعرية بين المستشفيات العاملة في الأردن	4.2	29.2	29.2	37.5	0.00
عدم توحيد أسعار بيع الخدمات العلاجية في القطاع	16.7	29.2	16.7	37.5	0.00
عدم استخدام المعايير الدولية لتصنيف المستشفيات العاملة في القطاع	16.7	33.3	41.7	8.3	0.00
ضعف معايير الجودة للخدمات العلاجية المباعة	8.3	33.3	37.5	16.7	4.2
ضعف مخصصات الإنفاق الحكومي على ترويج السياحة العلاجية	20.8	54.2	12.5	12.5	0.00
ضعف الاستثمار الطبي الأردني في الأسواق المستهدفة من جانب إنشاء مستشفيات بداخلها	12.5	54.2	20.8	12.5	0.00
نقص الخبرات المؤهلة لتسويق خدمات السياحة العلاجية	16.7	41.7	12.5	25	4.2

22.ما مقدار الإنفاق الحكومي المخصص لترويج قطاع السياحة العلاجية في الأسواق المستهدفة كنسبة من مجمل نفقات الترويج الحكومية :

أ.أقل من1% (46.7%)   ب. من1 – أقل من3% (33.3%)

ج.من3% –أقل من 5% (6.7%)   د. 5% فأكثر (13.3%)

23.هل تقوم الحكومة بإدراج ترويج السياحة العلاجية ضمن خطط السياحة الوطنية ؟

أ. نعم (75%)   ب.لا (25%)

24 .إذا كان الجواب على السؤال السابق بنعم ، حدد الطرق المستخدمة في عملية الترويج مع ترتيبها حسب الأهمية بوضع رقم 1 أمام الطريقة الأكثر أهمية ، ثم 2 للأقل وهكذا ...الخ (يمكن اختيار أهم خمسة طرق منها) :

أ. الملصقات والمنشورات السياحية (77.7%).

ب. المناسبات والإحداث الخاصة (72.2%) .

ت. التسويق الطبي المباشر (88.8%) .

ث. الملحق الصحي الأردني في الخارج (50%) .

ج. الإعلانات التلفزيونية (44.4%) .

ح. الندوات العلمية وورش العمل (72.2%).

خ. المجلات العلمية الطبية (44.4%) .

د. المؤتمرات الطبية المتخصصة (61.1%).

ذ. المعارض الطبية (61.1%) .

الجزء الثاني :

معلومات تصنيفية عن المستويات الإدارية العليا في المؤسسات الرسمية المسئولة عن قطاع السياحة العلاجية :

1 .عدد سنوات الخبرة في العمل :

أ. أقل من 5 سنوات (20.8%) ب. من 5- أقل من 10 سنوات (29.2%)

ج. من 10 – أقل من 15 سنة (12.5%) د. 15 سنة فما فوق (37.5%)

2. المستوى التعليمي :

أ.بكالوريوس(50%) ب.ماجستير(37.5%) ج.دكتوراه (12.5%)

3.التخصص العلمي الدقيق :

ا.إدارة (25%) ب. اقتصاد (16.6%) ج. طب (25%) د. تسويق (4.2%) هـ. أخرى (8.4%)

4. الاستبانة الموجهة للمستشفيات

الجزء الأول : المعلومات المتعلقة بالأداء التشغيلي للمستشفى

1- هل يوجد في المستشفى قسم لتسويق الخدمات العلاجية

أ. نعم (29.4%)   ب. لا (70.6%)

2-إذا كان الجواب بنعم ، ما هو عدد العاملين في قسم التسويق ------

3-ما هي مؤهلاتهم العلمية ------(عدد----) و ------ (عدد -----)

4-يقوم المستشفى باستقطاب المرضى الأجانب باستخدام الطرق التالية (يمكن اختيار أكثر من طريقة) :

-مؤسسات التسويق العاملة في السوق المستهدف ، مثل المكاتب التابعة للمستشفيات في تلك الأسواق وذلك بنسبة (**75%**) .

- اتفاقيات وبروتوكولات التعاون الطبي الثنائية بين المستشفيات المحلية والخارجية ، أو مع الدول و شركات التأمين وذلك بنسبة (**76.9%**).

-المستشفيات وعيادات الأطباء في الأسواق المستهدفة وبنسبة (**46.1%**).

-جمعية المستشفيات الخاصة بنسبة (**25%**) .

-السفارات الأجنبية العاملة في الأردن بنسبة (**20.3%**) .

-عيادات الاختصاص في السوق المحلي بنسبة (**16.6%**) .

- المؤسسات الطبية الدولية بنسبة (**16.6%**) .

-شركات التأمين الصحي المحلية والأجنبية بنسبة (**8.3%**) .

5.هل هناك اتفاقيات علاجية مبرمة بين المستشفى ومؤسسات علاجية في الأسواق المستهدفة ؟

أ. نعم (70.6%)   ب. لا (29.4%)

6.إذا كان الجواب بنعم ، ما هو عدد هذه الاتفاقيات أو البروتوكولات المبرمة -----

7.ما هي الطرق التي يستخدمها المستشفى لترويج خدماته العلاجية (يمكن اختيار أكثر من طريقة مع الرجاء ترتيبها حسب أهميتها بحيث يحتل رقم 1 الأكثر أهمية ، وهكذا بحيث أن أخر طريقة تحتل الرقم الأخير ، وذلك في المكان المخصص () أمام كل عبارة تختارها) مرتبة حسب أهميتها :

-التسويق الطبي المباشر بنسبة إجابات (**88.8%**) .

-الملصقات والمنشورات بنسبة إجابات (**77.7%**) .

-المناسبات والأحداث الخاصة بنسبة إجابات (72.2%) .

-الندوات العلمية وورش العمل بنسبة إجابات (72.2%) .

-المؤتمرات الطبية المتخصصة بنسبة إجابات (61.1%) .

-المعارض الطبية بنسبة إجابات (61.1%) .

-الملحق الصحي في الخارج بنسبة إجابات (50%) .

-الإعلانات التلفزيونية بنسبة إجابات وصلت (44.4%) .

-المجلات العلمية والطبية بنسبة إجابات (44.4%) .

-أخرى (يرجى الإشارة إليها) --------

8.ما هي المعوقات التي تعتقد أنها تواجه ترويج الخدمة العلاجية الأردنية في الخارج ، (يمكن اختيار أكثر من سبب مع الرجاء ترتيبها حسب أهميتها وذلك بوضع رقم 1 أمام السبب الأعلى أهمية ، ورقم 2 أمام الأقل أهمية ورقم 3 للأقل وهكذا ، وذلك في المكان المخصص ( ) أمام كل طريقة تختارها) :

أ. نقص الخبرات الطبية المتخصصة . (8.3%)

ب. نقص التمويل المتاح للتوسع . (83.3%)

ج. الصعوبات الفنية والإدارية في الأسواق المستهدفة . (41.6%)

د.نقص المخصصات المالية المتاحة للترويج . (83.3%)

هـ.نقص الخبرات التسويقية المتخصصة .(66.6%)

و.الافتقار إلى الخبرة لفتح أسواق جديدة . (16.7%)

ز.الصعوبات الإدارية في المستشفى . (33.3%)

ح.أخرى (ضعف خطط التسويق) . (8.3%)

9.هل هناك تعاون طبي مع المستشفيات الأخرى في السوق الأردني ؟

أ. نعم (76.5%) ب. لا (23.5%)

10.إذا كانت الإجابة في السؤال رقم (9) بالنفي (لا) ، نرجو توضيح تفصيلاً للأسباب :

11.أما إذا كان الجواب في السؤال رقم (9) بالإثبات (نعم) ، فيرجى اختيار مجال التعاون مما يلي : (يمكن اختيار أكثر من مجال مع الرجاء ترتيبه حسب أهميته وذلك بوضع رقم 1 أمام المجال الأعلى أهمية ، ورقم 2 أمام الأقل أهمية ورقم 3 للأقل وهكذا ، وذلك في المكان المخصص ( ) أمام كل سبب تختاره) :

أ.تنظيم حملات الترويج المشتركة (8.3%)

ب.تبني سياسات مشتركة لتحديد الأسعار (33.3%)

ج.تبادل الكوادر والكفاءات الفنية (25%)

د.القيام بأداء خدمات طبية لمستشفيات أخرى (58.3%)

هـ.استخدام المرافق والمعدات الطبية المتوفرة في المستشفيات الأخرى (58.3%)

و.أخرى (تدريب متبادل ، توفير الأدوية للأخر)

12.هل تقوم المستشفيات بالترويج عن خدماتها الطبية المتميزة في الأسواق المستهدفة ؟

أ. نعم (76.5%) ب. لا (23.5%)

13.إذا كانت الإجابة على السؤال السابق بالنفي ، فيرجى ذكر الأسباب تفصيلاً :

14.في ظل الإجابات السابقة ، والإمكانات الحالية المتاحة للمستشفى ، حدد احتمالات حدوث الآتي للطلب الخارجي في المستقبل على الخدمات العلاجية في المستشفى :

المتغير التابع	70%-100%	31%- 69%	1%-30%	لن يحدث (صفر %)
نصيب المستشفيات من الطلب الإجمالي	16.7	33.3	41.7	8.3
نمو حجم المبيعات	16.7	33.3	33.3	9.1
المكانة المميزة في السوق	18.2	36.4	27.3	18.2
دخول أسواق جديدة	25	41.7	33.3	---
نمو الأرباح	33.3	33.3	33.3	---
الحفاظ على الأداء السابق	28.6	28.6	---	42.9

15.ما هو حجم الدخل (الإيرادات) السنوية المتوقعة من الطلب الخارجي على الخدمات العلاجية في المستشفى هذا العام (بالمليون دولار) :

أ.أقل من نصف مليون (58.8%)

ب.من 500001 – أقل من مليون (11.8%)

ج.من 1–أقل من 5 مليون (23.5%)

د.من 5–أقل من 10 مليون (5.9%)

هـ. 10 مليون فأكثر (0.00%)

16.ما هو حجم الدخل (الإيرادات) السنوية الفعلية المتأتية من الطلب الخارجي على الخدمات العلاجية في المستشفى لأقرب سنة سابقة (بالمليون دولار)

أ.أقل من نصف مليون (58.8%)

ب.من 500001 – أقل من مليون (11.8%)

ج.من 1–أقل من 5 مليون (17.6%)

د.من 5–أقل من 10 مليون (11.8%)

هـ. 10 مليون فأكثر (0.00%)

17.ما هي نسبة الربح السنوية من الطلب الخارجي على الخدمات العلاجية للمستشفى :

أ.اقل من 1% (47.1%) ب.من 1%-أقل من 5% (29.4%)

ج.من 5% - أقل من 10% (11.8%) د.10% فأكثر (11.8%) هـ. خسارة (0.00%)

18.هل تركز المستشفيات المحلية على الأسواق العلاجية الخارجية ذات الدخل المرتفع ؟

أ. نعم (62.5%) ب.لا (37.5%)

الجزء الثاني : معلومات تصنيفية عن المستشفى

1-مجال (تخصص) عمل المستشفى

٦٥٧٩٠٧

2-عدد الأطباء العاملين في المستشفى -----

3-نسبة الأطباء الأخصائيين إلى مجمل الأطباء العاملين ----

4-نسبة الأطباء العاملين بدوام كامل في المستشفى إلى الأطباء العاملين بدوام جزئي -----

5-نسبة الكوادر التمريضية المساعدة العاملة في المستشفى إلى عدد الأطباء العاملين -----

6-عدد المختبرات الطبية المتخصصة في المستشفى ------

7-عد أجهزة تصوير الأشعة في المستشفى --------

8-عدد أجهزة التصوير المغناطيسي في المستشفى------

9-عدد الأجنحة الطبية المتوفرة في المستشفى -------

10-عدد المرضى الأجانب الوافدين للعلاج في المستشفى سنوياً (تقريبي) ----

11-أبرز الأمراض التي يطلبها المرضى الأجانب في المستشفى

---------و----------و---------

12-أبرز الأسواق الأجنبية التي تطلب الخدمة العلاجية من المستشفى :

---------و ---------و---------

13-نفقات البحث والتطوير في المستشفى كنسبة من مجمل إيراد (دخل) المستشفى السنوي :

أ. أقل من 1% (50%) ب.من 1%-أقل من 3% (43.8%)

ج.من 3%-أقل من 5% (6.3%) د.5% فأكثر (0.00%)

14-نسبة نفقات الترويج والإعلان التي ينفقها المستشفى لاستقطاب المرضى الأجانب كنسبة من مجمل إيراداته السنوية :

أ. أقل من 1% (81.3%) ب.من 1%-أقل من 3% (12.5%)

ج.من 3%-أقل من 5% (6.3%) د.5% فأكثر (0.00%)